

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie BUSSIÈRE

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ
Médecin des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de
l'hôpital Saint-Antoine

P. SEBILEAU
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière

Secrétaires de la rédaction :

G. LAURENS
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Assistant du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital St-Antoine

E. LOMBARD
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Assistant du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière

Les ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : Paris, 12 francs ; départements, 14 francs ; étranger, 15 francs. — Chacun des volumes des 27 années précédentes est vendu séparément 12 francs.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 27 années au prix de 300 francs.

En retranchant les années 1886, 1891, 1892, le prix est de 200 francs.

Prix du numéro 2 francs.

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la Rédaction doivent être adressées à M. le Dr E. LOMBARD, 56, rue de Rome, VIII°, Paris.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à MM. MASSON et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

TOME XXVIII — 1902

PREMIÈRE PARTIE

PARIS

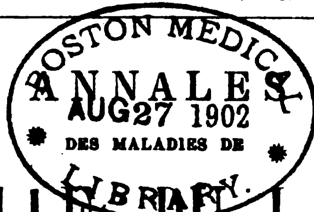
MASSON & Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1902

Tome XXVIII. — N° 1. — Janvier 1902.



ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE, DU LARYNX DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

BRULURE DU LARYNX PAR UNE PILULE DE DUPUYTREN

Par J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.

Le fait que je rapporte ici est assez curieux. Il est étonnant qu'il ne se rencontre pas plus souvent étant donné le grand nombre de pilules de Dupuytren prescrites à des syphilitiques. Il est vrai qu'il s'est passé dans des conditions spéciales, comme le prouve l'observation suivante.

Le 11 mars 189.., un de mes jeunes confrères vient me trouver pour un accident survenu brusquement du côté de son larynx. Atteint de syphilis secondaire, il était en traitement depuis un certain temps et avait déjà pris plus de 240 pilules de Dupuytren, dosées à 1 centigramme de sublimé et à 7 à 8 centigrammes d'excipient.

Il y a quelques jours, trouvant que les pilules étaient trop volumineuses, il se fait faire des pilules plus petites dans lesquelles l'excipient n'entrait plus que pour 4 centigrammes. Le 11 mars,

où il allait prendre une pilule, il rencontre un de ses ...dant la conversation, il roule dans ses doigts la pilule ... prendre, et sous l'influence de la chaleur il la ramollit ...blement. Il l'avale néanmoins ; mais la pilule, au lieu de ...re directement dans l'œsophage, s'arrête à l'entrée du côté gauche. Aussitôt il éprouve une sensation de corps étranger, et au bout de deux minutes la sensation de gêne se transforme en cuisson violente irradiée vers le cou et vers l'oreille gauche. La douleur vive dure environ dix minutes après lesquelles il se met à table et mange en ressentant une dysphagie pénible mais non très douloureuse. Après le dîner une sensation vive d'arête persiste du côté gauche.

Le malade vient aussitôt chez moi, une heure et quart seulement après le début de l'accident. A l'examen laryngoscopique je constate l'existence d'un œdème opalin du volume d'une grosse graine de raisin siégeant sur l'aryténoïde gauche. La partie tuméfiée est mobile de haut en bas pendant les mouvements de phonation et de respiration. Je fais un badigeonnage avec de la cocaïne pour calmer la douleur et je conseille la diète lactée et de la glace. L'emploi du lait calme assez bien la douleur, mais la glace ne procure aucun soulagement.

L'accident était survenu le 11 à sept heures du soir. Je revois le malade le lendemain matin. La nuit a été relativement bonne, la douleur spontanée a disparu et ne se fait plus sentir que dans les mouvements de déglutition.

L'œdème est deux fois moins volumineux et la partie tuméfiée toujours flottante bascule vers l'intérieur du larynx dans les divers mouvements. La veille, alors que l'œdème était plus volumineux, les mouvements de bascule se faisaient en dehors du côté de la partie supérieure de l'œsophage. En outre, ce matin on aperçoit une escarre blanchâtre au niveau de la partie inférieure de la fossette piriforme.

Dans la soirée du 12, l'œdème a totalement disparu, je vois nettement l'escarre blanchâtre ainsi qu'une teinte blanche de la muqueuse revêtant la partie externe de l'aryténoïde. Toute la journée le malade n'a pris que des liquides. La douleur est à peu près nulle, mais la déglutition est encore gênée par l'ingestion des liquides et surtout des liquides salés.

Le 16 mars, je revois le malade, il ne souffre plus depuis la veille et, à l'examen du larynx, je ne trouve plus trace de brûlure. La lésion a donc disparu en quatre ou cinq jours.

Au mois de juillet 1899, Courtade, à la Société de laryngologie de Paris, a communiqué 2 cas de brûlure accidentelle du larynx; Dans les 2 cas, il s'agissait de tentative d'empoisonnement. Le premier cas concernait une femme qui avait bu une solution de sublimé, le second avait trait à une femme également qui avait pris une certaine quantité d'ammoniaque. Les deux malades eurent des brûlures de la gorge et du larynx, mais elles guérirent sans qu'il fût nécessaire de recourir à une intervention.

De ces 2 cas, nous ne retiendrons que le premier, parce que la brûlure fût causée par le même agent chimique, le sublimé. Dans le cas de Courtade, la brûlure fut plus intense, car la dose de sublimé était plus élevée. De suite après l'ingestion du liquide, la malade ressentit une vive douleur à la déglutition et une forte sensation de brûlure dans la gorge. Quelques heures après, la voix devint très enrouée. L'accident datait de quatre jours quand Courtade examina la malade. Il trouva la moitié droite postérieure de la langue desquamée et revêtue de petites plaques blanchâtres. Le voile du palais et les piliers étaient recouverts de larges plaques à aspect diphtéroïde. Du côté du larynx, l'épiglotte était normale, mais le repli ary-épiglottique gauche était considérablement tuméfié et masquait la bande ventriculaire. Tous ces accidents disparurent en deux ou trois semaines.

D'après mon observation, on voit qu'il n'est pas toujours nécessaire d'ingérer une certaine quantité de sublimé puisque mon malade n'avait pris qu'une dose légère, dose thérapeutique qui se donne couramment dans le traitement de la syphilis secondaire. La cause de l'accident provenait de l'arrêt de la substance médicamenteuse au niveau de l'aryténoïde gauche. Le petit volume de cette pilule n'eût pas suffi pour provoquer son arrêt au niveau du larynx, mais, comme nous l'avons dit, le malade avait eu la malencontreuse idée de malaxer la pilule et de la ramollir entre ses doigts. La pilule a acquis de la sorte des propriétés agglutinatives qui l'ont empêchée d'être normalement déglutie. Alors comme le sublimé était enrobé dans une très petite quantité d'excipient, il a agi comme s'il avait été déposé à l'état pur sur la muqueuse.

Ce fait démontre qu'il est important de ne pas diminuer la dose d'excipient dans les pilules de sublimé ; il prouve aussi qu'il est prudent de boire une certaine quantité de liquide après chaque pilule si l'on veut éviter des brûlures analogues dans l'estomac. Enfin, on peut aussi se demander si le dosage des pilules de notre malade avait été fait d'une manière précise.

II

MÉNINGITE CONSÉCUTIVE A UNE OTITE CHRONIQUE AYANT SIMULÉ UN ABCÈS CÉRÉBRAL

Par

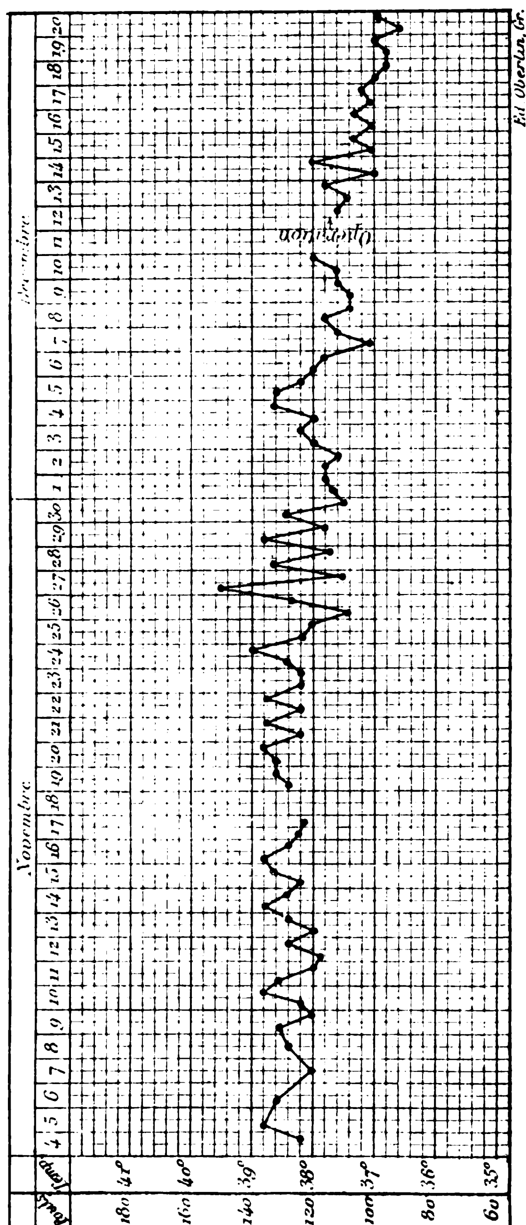
Auguste BROCA,
chirurgien des hôpitaux,
professeur agrégé à la Faculté.

Georges LAURENS,
ancien interne des hôpitaux,
assistant à l'hôpital Saint-Antoine.

On sait la difficulté parfois extrême du diagnostic des complications endo-crâniennes des otites suppurées qui tient au manque des localisations cérébrales dans la plupart des cas. Cependant certains troubles fonctionnels conduisent à penser soit à un syndrome méningé, soit à un syndrome cérébral, ou enfin à une lésion cérébelleuse. Et, bien souvent, point n'est besoin d'une symptomatologie complète, idéale en quelque sorte, pour fixer sur la nature et le siège de la complication encéphalique. Ainsi, des modifications psychiques et intellectuelles, une douleur crânienne fixe, des troubles locomoteurs du côté opposé au foyer auriculaire, de la fièvre avec ralentissement du pouls : il n'en faut pas davantage pour croire, en pareil cas, à la probabilité d'un abcès cérébral et légitimer une intervention opératoire.

Cet ensemble symptomatique, nous l'avons trouvé réalisé au complet chez un de nos malades. Nous avions suivi chez lui l'évolution progressive des troubles cérébraux pendant plusieurs mois, la fièvre montait, le pouls se ralentissait, les chutes devenaient fréquentes, la parésie augmentait ; tout faisait craindre un brusque coma ou une hémiplégie ; de plus, les diagnostics des neuro-pathologistes, des chirurgiens concordaient : il s'agissait d'un abcès cérébral... Et cependant, malgré toutes les prévisions cliniques, une trépanation crânienne large avec ponctions cérébro-cérébelleuses : 1° ne révéla la présence d'aucun foyer purulent ; 2° guérit radicalement le malade.

Cette observation de pseudo-abcès cérébral est donc intéressante à plus d'un titre et peut être considérée comme un type de *méningite séreuse* guérie.


Novembre
Décembre
Opération
Pouls
Temp.
180 41°
160 40°
140 39°
120 38°
100 37°
80 36°
60 35°
Ed. Oberlin, Gr.

L'observation clinique de ce jeune malade comprend trois phases successives entrecoupées de deux opérations distinctes : 1° un évidement pétro-mastoïdien pour une cure radicale d'otorrhée avec cholestéatome et céphalée ; 2° une résection crânienne avec ponctions encéphaliques.

1° PREMIÈRE PÉRIODE (OTOLOGIQUE). — a) *Début de la maladie.* — En février 1893, M. L... remarque que son fils alors âgé de 9 ans, présente une otorrhée droite. Un spécialiste traite l'enfant, régulièrement, pendant cinq ans, par des lavages et des cautérisations d'oreille : l'otorrhée ne cède pas. En outre, le jeune malade accusait fréquemment une céphalée bien circonscrite au niveau du vertex qu'il comparait à une lourdeur de tête, à un poids au sommet du crâne et qui s'exagérait à la suite de tout travail intellectuel appliquant.

En février 1898, M. Lermoyez consulté reconnaît un cholestéatome de l'oreille gauche et donne des soins otologiques pendant un an. C'est alors que : 1° en présence de la chronicité de la suppuration auriculaire, rebelle à toute thérapeutique ; 2° devant la céphalée, intermittente il est vrai, mais parfois assez intense pour interrompre le cours des études de l'enfant, la cure radicale de l'otorrhée et par conséquent du cholestéatome est conseillée.

b) *Première opération. Evidement pétro-mastoïdien* (M. Laurens). — Le 5 mars 1899, je pratique la trépanation de l'apophyse et de la caisse. L'intervention fut délicate en raison du petit volume de l'apophyse et le puits antral extrêmement difficile à creuser. Le coude du sinus latéral passait en effet au-devant de l'antre mastoïdien et n'était guère séparé que par un demi-centimètre de la paroi postérieure du conduit auditif; d'autre part, la dure-mère était située au-dessous de la ligne temporale par suite de l'abaissement de la fosse cérébrale moyenne : ces deux organes mis à nu, mais non intéressés par la gouge constituèrent deux gros écueils à l'opération. J'en ajoute un troisième : l'ostéosclérose apophysaire. Après avoir sculpté en plein tissu éburné les parois de l'antre, petit, profond, du volume d'un pois, je fis sauter la paroi externe de l'aditus et enlevai les débris d'osselets cariés. Antre, aditus et caisse étaient remplis de cholestéatome dont la matrice tapissait les annexes de l'oreille moyenne, de pus caséeux et fétide ainsi que de fongosités. Curettage complet, section en T de la paroi postérieure du conduit membraneux, formation de deux lambeaux pour l'autoplastie de la tranchée osseuse : tels furent les derniers temps de l'opération.

Comme suites immédiates, tout se passa normalement : pas ou peu de température, la sensation de lourdeur au niveau du vertex s'atténua considérablement, les pansements furent faits très régulièrement et la cavité tympano-antrale complètement épidermisée au commencement de juillet.

2° Deuxième période (cérébrale). — a) *Début.* — Quelques semaines après l'opération le « poids » qu'éprouvait le jeune malade au sommet de la tête augmente d'intensité ; il lui semblait, disait-il, qu'il avait, entre le crâne et le cerveau, sur le vertex, « un poids de plomb de la largeur d'une pièce de cinq francs », qui peu à peu s'élargit, devint grand comme la main et finit par recouvrir toute la calotte crânienne. Cette sensation bizarre s'exagérait fortement dès que l'enfant voulait s'occuper et tout travail tel que la lecture ou l'écriture était impossible.

A partir du mois d'août et jusqu'en décembre, apparaissent une série de symptômes cérébraux consignés au jour le jour par M. L... père, fidèlement enregistrés et qui dans leur ensemble ont constitué une étude clinique parfaitement observée et d'un grand secours pour les médecins qui ont été appelés à donner leurs soins. Tout d'abord, dans les premiers jours du mois d'août, avant de partir pour la campagne, l'enfant ressent un jour subitement une faiblesse dans la jambe gauche qui se dérobe et provoque une première chute.

Pendant août et septembre, l'enfant est en vacances, souffrant parfois de la tête, toujours en une zone bien circonscrite, mais quand la céphalée cesse, il est gai, joue avec entrain, a de l'appétit, dort tranquillement.

Au commencement d'octobre, seconde chute par faiblesse subite de la jambe gauche. Mais comme en dehors de la céphalée intermittente l'état général est parfait, l'enfant rentre au collège. On remarque vite que les leçons, l'application au travail, amènent une exacerbation de la céphalalgie et le 25 octobre, après une composition, l'enfant doit rentrer chez lui souffrant de violents maux de tête qui durèrent trois jours consécutifs. Il interrompt alors toute étude, on cherche à le distraire, il fait seul des promenades quotidiennes lorsqu'un jour, dans la rue, il ressen une faiblesse dans la jambe gauche, tombe subitement et perd connaissance. Dès lors, la famille s'inquiète, le malade ne sort plus seul et est soumis à une très sérieuse observation.

Pendant le mois de novembre les troubles cérébraux s'affirment et se précipitent. La *céphalée* augmente de fréquence et d'intensité, rarement nocturne, éclatant le matin dès le réveil, intermit-

tente, durant cinq à dix minutes ou plusieurs heures ; quand elle a disparu, l'enfant retrouve sa gaieté et joue avec entrain. Les *chutes* deviennent presque quotidiennes, quelquefois même se produisent deux fois dans la même journée, elles apparaissent subitement, sans le moindre prodrome. En circulant dans l'appartement, dans le cours d'une promenade, le jeune malade ressent subitement une faiblesse dans la jambe gauche qui fléchit, et immédiatement il tombe à terre, mais sans perte de connaissance. Quelquefois cependant avant la chute, la jambe semble « un peu lourde à traîner », après elle reste souvent engourdie. Parfois aussi il semble au malade qu'il *marche sur du coton*. En outre, presque quotidiennement apparaissent de légères poussées fébriles, une congestion vaso-motrice de la face avec refroidissement des extrémités, des *frissons*, surtout après les repas, et s'accompagnant de claquements des dents. Des *vertiges* sont fréquents et se produisent dans la position assise et même dans le lit. Enfin le malade se plaint parfois de *troubles de la vue* dans l'œil gauche, une fois il a eu des phosphènes. Tous ces symptômes ne déterminent ni troubles digestifs, ni insomnie, ils ne sont pas constants : il existe souvent un répit de quelques heures, d'un jour même, pendant lesquels il semble vivre d'une vie parfaitement normale.

Cet état inquiétant provoque au milieu de novembre une consultation des Drs Ballet, Déjerine et Parinaud. M. Déjerine conclut : « à la probabilité d'une collection purulente intra-crânienne, sans qu'il soit possible, en l'absence de phénomènes localisés, d'établir actuellement le siège exact de la lésion... Il estime que pour l'instant il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement, et cela d'autant plus qu'il n'existe aucun symptôme indiquant l'urgence de l'opération. » M. Ballet porta le même diagnostic. M. Parinaud appelé à pratiquer l'examen ophtalmoscopique constata l'existence d'une stase papillaire droite.

A la suite de cette triple consultation, l'expectation fut décidée et l'enfant soumis à une observation encore plus minutieuse. Les accidents augmentent alors de gravité et d'intensité, les chutes deviennent plus fréquentes, la jambe gauche reste souvent engourdie, et une fois tombé à terre, le malade ne peut plus se servir de son bras gauche pour se relever : on constate alors une *parésie* permanente très nette du membre supérieur gauche. Des *troubles psychiques* surviennent : la perte de la mémoire par intervalles, l'hésitation et l'embarras de la parole, parfois un peu d'aphasie, de la fatigue, de l'abattement, des moments d'hébé-

tude, toute lecture est impossible et l'écriture est parfois difficile.

Le 23 novembre, apparaissent des troubles de la vue dans l'œil droit, on constate un embarras de la parole à une ou plusieurs reprises dans la journée.

Le 26, la parésie du bras gauche est plus accentuée à un moment, et le malade laisse tomber un objet qu'il tenait dans la main.

Le 30, perte de la mémoire et de la parole pendant quelques instants ; le malade laisse échapper une assiette que portait sa main gauche.

Le 1er décembre, œdème léger et fugace du pied gauche. L'enfant est absorbé, a le regard fixe à plusieurs reprises.

Le 2 décembre, somnolence, sommeil déterminé par la vue d'un objet.

Le 3, douleurs dans le membre supérieur gauche, la main du même côté devient de plus en plus faible.

Le 4, légère aphasie, œdème du pied gauche.

Le 5, cauchemar pendant la nuit, le malade se figure « qu'on lui défonce la tête » ; comme tous les jours précédents : chute. Mais l'abattement, la fatigue augmentent, le regard est plus fixe, hébété. La vue diminue, les absences de la mémoire se répètent ainsi que les étourdissements.

Cet état persiste en s'aggravant jusqu'au 12 décembre, les troubles psychiques s'exagèrent, les chutes se produisent plusieurs fois dans la journée et depuis quinze jours la température oscille entre 38° et 39°.

b) *Seconde opération* (M. Broca). — C'est le 9 décembre que, pour la première fois, le jeune homme me fut présenté et l'on me mit d'abord au courant de la longue et complexe histoire ci-dessus résumée. Je trouvai un malade marchant difficilement en raison de la parésie de la jambe gauche, prenant mal un objet de la main gauche, parlant lentement, répondant aux questions avec paresse et se plaignant d'une céphalalgie tenace au vertex. Du côté de l'oreille existait un évidement pétro-mastoïdien parfaitement cicatrisé ne donnant plus trace d'écoulement purulent ; la pression sur le squelette tout autour de l'oreille était tout à fait indolente. Il n'y avait rien d'anormal du côté de la veine jugulaire au cou.

Dans les phénomènes qui se déroulaient depuis plus de quatre mois, je fus d'abord frappé de ce fait qu'ils s'étaient certainement accompagnés depuis longtemps de fièvre ; car dans les notes re-

levées au jour le jour par M. L..., il est, depuis août, fait mention de frissons, de rougeur de la face le soir après dîner. Et depuis le 4 novembre, la température prise avec régularité démontre une hyperthermie manifeste. Du 4 au 25 novembre, elle a oscillé entre 38° et 39°, et si du 25 novembre au 9 décembre elle est en moyenne un peu moins élevée, descendant souvent le matin au-dessous de 38°, jamais elle n'a été réellement normale même un seul matin : le minimum a été 37°4 le matin du 26 novembre ; le lendemain matin 27, elle marquait 39°3. Cette température jointe aux frissons, à la parésie gauche progressivement aggravée, aux vertiges avec chutes de plus en plus fréquentes, à la légère névrite optique me fit conclure à un abcès intra-crânien. Cette évolution eût été plus que bizarre pour une phlébite du sinus dont je ne trouvais d'ailleurs aucun signe et je ne connaissais pas ce genre de méningite. Tout allait bien, au contraire, avec un abcès, y compris le ralentissement du pouls qui, malgré l'hyperthermie, battait de 60 à 70° plein, régulier.

Ce diagnostic confirmait en somme celui de mes collègues Déjerine et Ballet. La différence fut que j'affirmai très nettement la nécessité d'une intervention opératoire. Nous savons en effet que pour les abcès otiques du lobe temporal le seul signe de localisation est l'aphasie sensorielle laquelle ne peut exister que dans les lésions du lobe gauche : or, ici il s'agissait de l'oreille droite, et dès lors il fallait renoncer à tout symptôme mieux précisant. Et contrairement à la consultation écrite de Déjerime qui m'était remise, je pense que quand on peut diagnostiquer dans quel hémisphère siège un abcès cérébral, que même en l'absence de trouble paralytique, nous sommes assez instruits par nos connaissances anatomo-pathologiques pour savoir que ces abcès occupent presque toujours, soit le lobe temporal, soit le lobe droit du cervelet et que, dès lors, les symptômes diffus d'hypertension intra-crânienne sont une indication opératoire suffisante.

Je conseillai donc l'opération, et comme depuis quelques jours les crises se répétaient, je recommandai de ne pas attendre.

M. L..., père me quitta à peu près décidé mais demandant encore à réfléchir. Le 11 décembre, au soir, il vint me prier de fixer d'urgence l'opération au lendemain ; depuis le matin l'assoupissement était continuel, le jeune homme ne pouvait se tenir debout.

J'opérai le 12 décembre, à quatre heures du soir, éclairé par une lampe frontale de Trouvé. J'étais aidé par mes amis les Drs Laurens et Demoulins : ce dernier qui avait soigné l'enfant

quelques années auparavant pour une ostéomyélite atténuée du pubis avait bien voulu me confier le bistouri.

Je fis donc sauter le plafond de l'aditus et de la caisse, puis j'agrandis à la pince-gouge la brèche à la fois en haut vers la fosse temporale et en arrière du sinus vers l'occipital. La dure-mère ainsi largement mise à nu me parut normale d'aspect avec un sinus normal. En la palpant, je la sentis partout battre avec régularité. Néanmoins, sachant que ce signe est infidèle, je l'incisai et je vis apparaître l'écorce cérébrale tout à fait saine d'apparence, partout souple. Je ponctionnai dans diverses directions le lobe temporal d'abord puis le cervelet mis à nu, ponctions faites, non au trocart, mais au bistouri et à la sonde cannelée. Je n'obtins pas une goutte de pus, mais à une des ponctions du cerveau un jet insolite de liquide céphalo-rachidien fit issue le long de la rainure de la sonde cannelée, probablement enfoncée dans la corne postérieure du ventricule latéral.

Je ne crus pas prudent d'aller plus loin à la recherche d'un abcès auquel je continuais à croire, mais qui certainement n'existait pas au lieu d'élection, et je terminai par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Ma surprise fut grande en trouvant, dès le lendemain matin, un malade considérablement amélioré, ne souffrant plus de la tête, répondant aux questions bien mieux que la veille. Le fait le plus remarquable fut la chute rapide de la température : il y eut encore le 13 et le 14, de 37° à 38°, mais à partir du 15, le thermomètre ne marqua pas plus de 37°, et depuis cette date la température prise avec beaucoup de persévérance a toujours été normale.

Au bout d'une dizaine de jours, le malade se leva. Couché ou debout il n'eut plus jamais de chutes, de pertes de connaissance. La parésie s'amenda peu à peu, les forces revinrent. La cicatrisation fut complète en trois mois environ, et depuis elle ne s'est pas démentie.

Le retour de l'aptitude au travail a été très lent. Peu à peu le jeune homme a repris goût à ses occupations ; mais pendant des mois il n'a guère été capable que de jouer avec des soldats de plomb d'abord pendant peu de temps, puis pendant des heures.

J'ai eu de ses nouvelles et je l'ai revu à diverses reprises : de mois en mois avaient lieu des progrès lents et continus.

3° Troisième période. *Guérison.* — Nous avons revu le jeune malade en juillet 1901, c'est-à-dire vingt mois après l'opération et avons constaté alors :

a) Un état général parfait ; le jeune homme est devenu un sujet de haute taille (1m,80) et a acquis un poids de 80 kilos ;

b) La disparition de la céphalée ; cependant la sensation de poids de la dimension d'une pièce de 5 francs au niveau du vertex persiste comme avant la première opération ;

c) Le travail intellectuel est possible. Le jeune homme, très intelligent, est en Angleterre depuis près d'un an, a appris et parle couramment l'anglais ;

d) L'ouïe est relativement bonne du côté opéré. La voix basse est perçue à (1m,50) ; la voix haute de conversation est entendue à plus de 6 mètres ;

e) La parésie du bras gauche persiste encore ;

f) Le souvenir des événements qui ont précédé la deuxième opération a disparu, il y a à ce point de vue amnésie complète.

Enfin, à la fin de novembre 1901, deux ans après l'intervention nous avons eu par M. L... père, des nouvelles de son fils actuellement élève dentiste à Londres. Notre ancien malade est aussi vigoureux que possible, travaille de neuf heures du matin à cinq heures du soir, va à pied à son travail et en revient, ce qui lui fait chaque fois près d'une heure de marche, il constate seulement dans sa dernière lettre combien il est « heureux de vivre ». Il ne ressent plus aucune faiblesse dans la jambe gauche. La main correspondante est un peu plus faible mais s'adapte parfaitement aux exigences de la profession de dentiste, y compris le travail à l'atelier de prothèse. Il n'a plus de maux de tête.

RÉFLEXIONS

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est incontestablement l'absence d'abcès cérébral quoique les symptômes eussent conduit à ce diagnostic tous ceux qui, neurologistes, auristes et chirurgiens, avaient examiné le malade. L'un de nous a fait récemment à la Société de chirurgie (séance du 6 novembre 1900) un rapport sur une observation analogue de M. Imbert (de Montpellier) ; la différence avec notre fait est qu'il s'agissait d'une otite moyenne aiguë avec accidents cérébraux rapidement graves, 39°,5, céphalalgie, vomissements, troubles visuels ; la ressemblance est que, l'abcès cérébral

n'ayant pas été trouvé dans le cerveau largement mis à nu, dès le lendemain les troubles avaient cessé et le malade guérit. A ce propos, M. Tuffier a dit avoir observé une jeune fille chez laquelle, de concert avec MM. Lucas-Championnière, G. Ballet, Brissaud, Brun, Gilbert, il avait diagnostiqué un abcès du cerveau : la recherche fut infructueuse mais amena la guérison.

La seule hypothèse qui nous paraît capable d'expliquer les faits de ce genre est d'admettre que certaines formes curables de méningite consécutive aux otites peuvent simuler l'abcès. Les formes curables, incomplètes, de la méningite otique sont connues depuis assez longtemps; nous ne parlons pas ici des suppurations localisées prenant les méninges et l'écorce cérébrale au contact du rocher, nous parlons de cas où, sans formation de pus dans le crâne, il y a ce qu'on a appelé du « méningisme » et qui cède au drainage large de l'apophyse et de la caisse (1). Et, déjà plusieurs auristes, — nous rappellerons des faits de Joel, Guye, J. Black, Schwartze, — ont été incités par la gravité et la netteté des symptômes à aller plus loin, à mettre à nu et à ponctionner le cerveau : ils n'ont rien trouvé même pas une apparence extérieure d'inflammation dans les méninges congestionnées et leurs malades ont guéri.

Dans notre observation, l'issue anormalement abondante de liquide céphalo-rachidien quand la sonde cannelée nous sembla pénétrer dans la corne postérieure du ventricule latéral nous paraît avoir quelque intérêt. Il est bien connu aujourd'hui que certaines méningites, en principe curables, sont, en pratique mortelles, parce qu'elles engendrent une hydrocéphalie aiguë qui, dans une boîte crânienne inextensible, cause des troubles mécaniques incompatibles avec la vie : si on supprime cette action mécanique on peut permettre à la méningite d'évoluer favorablement. Ces faits ont pu être étudiés d'assez près depuis l'emploi de la ponction lombaire. Quant à la distension localisée par méningite très probable, d'une corne ventriculaire, nous pouvons rapprocher de notre obser-

(1) Voir sur ce sujet : A. Broca et P. Maubrac, *Traité de chirurgie cérébrale*, Paris, 1896, p. 276.

vation l'histoire fort intéressante d'une fillette de dix ans, opérée par Mayo Robson : après une otite aiguë ayant débuté le 19 décembre 1888, l'enfant fut admise à l'hôpital le 19 janvier 1889 avec 40°,5, la nuque rigide, des secousses convulsives de la commissure labiale droite avec hémiparésie droite, de la céphalalgie gauche, de la névrite optique. L'hémiparésie s'aggrava vite, s'accompagnant d'aphasie et, le 7 février 1889, Mayo Robson trépana sur le centre brachial ; dans l'espoir de trouver du pus, il ponctionna le cerveau privé de battements et, après plusieurs ponctions infructueuses, il enfonça le trocart jusque dans le ventricule latéral. Une demi-once de liquide clair s'écoula et les pulsations cérébrales reparurent. Dès le lendemain quelques mouvements revinrent, dans le bras d'abord ; au bout de trois jours, l'enfant pouvait répondre aux questions simples ; au bout d'un mois, les symptômes paralytiques avaient disparu et, six mois plus tard, l'opérée était revue très bien portante.

Ce fait, joint au nôtre, nous donne à penser que quand on recherche un abcès cérébral, il ne faut pas trop s'étonner, — comme on le savait déjà, — si on ne trouve pas de pus ; mais il nous enseigne que la ponction cérébrale est le complément tout à fait indiqué de l'exploration du cerveau. En effet, elle n'aggrave pas l'intervention, elle est indispensable quelquefois pour trouver un abcès, enfin, dans certaines méningites avec hydrocéphalie ventriculaire limitée, elle peut avoir une valeur curatrice propre.

On peut se demander si, en pareil cas, la ponction lombaire ne serait pas aussi efficace : elle a, en effet, permis de guérir diverses méningites. Certainement on peut l'essayer, mais d'abord elle risque, par une amélioration temporaire, de faire perdre un temps précieux, s'il s'agit d'un abcès. En outre, il est possible que certaines de ces hydropisies ventriculaires soient enkystées par oblitération inflammatoire du trou de Monro.

III

UN CAS DE PYOHÉMIE OTOGÈNE THROMBO-PHLÉBITIQUE

Par Marcel LERMOYEZ
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La séduction qu'exerce sur les âmes vraiment chirurgicales une statistique bien nourrie de pourcentages heureux et habile à masquer l'aléa opératoire derrière la coïncidence regrettable de quelques morts, à point médicales, ne doit cependant pas nous rendre insensibles à l'attrait d'une observation, complète en soi, et dont la critique peut être menée avec assez d'intérêt pour lui faire pardonner de ne point mettre d'arithmétique dans sa nosographie. C'est de cet éclectisme que je m'autorise pour rapporter ici l'observation isolée d'un fait maintenant devenu banal : d'un cas de pyohémie otogène, opéré à temps, et guéri.



Lorsque, le 9 mai 1901, le nommé Frédéric F..., âgé de 25 ans, fut admis dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine, les accidents auriculaires dont il était atteint dataient de deux mois. En mars, de violentes douleurs étaient apparues dans l'oreille droite, et avaient bientôt été suivies d'un écoulement de pus. Jamais cette oreille, — et le malade est très affirmatif sur ce point, — n'avait antérieurement présenté quelque trouble que ce fut. Il s'adressa alors à la Clinique otologique des Sourds-Muets ; on lui prescrivit des instillations d'alcool boriqué, et bientôt l'écoulement cessa. Cependant, de temps à autre, une douleur sourde attirait son attention sur l'oreille.

Le 1er mai, les douleurs reparurent intenses, et en même temps

la mastoïde rougit et se tuméfia un peu ; l'écoulement recommença.

Voici les constatations faites à la visite du *10 mai*.

Assez bon état général : cependant, le malade garde le lit, ayant eu TR = 38°5, la veille au soir. Malgré cela il se sent bien, et demande à manger et à se lever ; il ne souffre plus de son oreille depuis la reprise de l'écoulement.

La mastoïde droite est un peu rouge, masquée à sa pointe d'un léger œdème qui empiète quelque peu sur le cou ; deux points sont douloureux à la pression, sur l'antre et à la pointe ; le bord postérieur de l'apophyse n'est pas sensible.

Dans le conduit, un gros polype jeune, derrière lequel on croit deviner un abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, masque le tympan. Très peu de pus.

Ajoutons que le labyrinthe droit semble indemne : pas de vertige, bonne perception osseuse de la montre, Weber latéralisé du côté suppurant.

Rien à l'oreille gauche, ni au pharynx nasal. Aucun trouble morbide dans le reste du corps.

Le diagnostic semble alors évident. Il y a une otite purulente aiguë, âgée de deux mois, avec antrite par rétention de pus, ce qui explique l'hyperthermie légère et la réaction mastoïdienne. Séance tenante : ablation du polype, et large paracentèse du tympan, par laquelle le Politzer fait sortir une grande quantité de pus fétide ; glycérine phéniquée ; drainage soigneux à la gaze stérilisée ; pansement occlusif.

Le lendemain, l'amélioration est notable. Les douleurs spontanées ont presque totalement disparu ; œdème et douleur à la pression ont bien diminué ; l'écoulement est abondant, mais constitué par du pus filant, sans odeur. Cependant, la température vespérale se maintient à TR = 38°5.

Le *13 mai* au matin, je trouve au malade l'aspect un peu grippé, bien qu'il déclare se sentir très à l'aise. Or, la surveillante m'apprend que pour la première fois il a eu, hier soir, un grand frisson ; et ce matin : TR = 39°6, et P = 120. Localement, aucun symptôme nouveau ; le cou est souple, les téguments mastoïdiens normaux ; à peine de douleur à la pression apexienne. Cependant, instruit par l'expérience de cas semblables, je sais ce que veut dire ce frisson ; et n'ayant heureusement pas derrière moi famille, ni médecin, désireux de perdre quelques jours en classique expectation, je me décide à intervenir séance tenante.

Trépanation au lieu d'élection ; traversée d'une zone osseuse

saine, mais très congestionnée ; l'apophyse est diploétique. Arrivée dans une cavité centrale, assez grande, pleine de fongosités jeunes, mais sans rétention purulente. Ouverture large et grattage de l'antre, dont les parois ne montrent pas d'ostéite. La trépanation mastoïdienne est alors continuée, d'abord en arrière, vers les cellules postérieures, puis vers la pointe, à la recherche d'un foyer qui puisse expliquer le frisson ; nulle part il n'y a de zone d'ostéite, et aucune fistule ne se montre qui conduise le stylet en profondeur.

Je me décide alors à mettre à nu le sinus latéral. La gouge, qui va à sa rencontre, ouvre une cavité d'où sort brusquement une sanie brunâtre, extrêmement fétide. La brèche osseuse, bien agrandie à la pince coupante, fait constater que j'ai ouvert un abcès intra-sinusal, et que le fond de la cavité est constitué par la paroi profonde du sinus latéral, épaisse, lardacée, verdâtre. Nettoyage sérieux de ce clapier ; tentatives infructueuses pour extraire le caillot qui occupe le bout central du sinus : et cathétérisme à la sonde cannelée du bout postérieur, jusqu'à production d'une hémorrhagie abondante, qui entraîne tout le caillot qui l'obstrue. Une longue mèche de gaze iodoformée forte est introduite aussi profondément que possible dans ce bout postérieur du sinus pour assurer l'hémostase ; la plaie mastoïdienne est laissée ouverte, sans sutures.

14 mai. — La température était dès hier soir déjà presque revenue à la normale. TR = 37°8.

15 mai. — Hier soir, deuxième grand frisson, de courte durée ; une heure après : TR = 39°6. Cependant l'état général paraît bon ; il n'y a pas de douleurs locales. Prescription d'une forte dose de calomel, en cas possible d'embarras gastro-intestinal, chose fréquente chez nos opérés.

16 mai. — Malgré cela, encore hier soir : TR = 38°8, et ce matin : TR = 37°6. Eu égard à la persistance de la température « en aiguilles » et aussi à cause du deuxième frisson, malgré le bon état général apparent du malade et le bien-être qu'il déclare éprouver, je présume que l'infection purulente continue à évoluer ; et j'obtiens du malade qu'il m'autorise à faire une nouvelle opération, qui se propose de lier sa jugulaire interne.

Seconde opération. Découverte de la jugulaire interne droite dans toute la hauteur du cou. La veine est petite, mais à parois saines et bien distendues de sang liquide ; elle se remplit facilement, aussi bien de bas en haut que de haut en bas. La situation très élevée de l'abouchement du tronc thyro-linguo facial m'oblige

à interrompre la veine au-dessous de son embouchure ; je résèque donc, entre deux doubles ligatures, toute l'étendue du vaisseau entre ce confluent et l'entrée du médiastin. Une éraillure accidentelle, survenue au cours de cette manœuvre, m'oblige à jeter deux ligatures de sûreté, l'une sur le tronc thyro-linguo-facial lui-même, l'autre sur la jugulaire au-dessus de ce tronc : car, par cette fissure, le bout supérieur du sinus se met à saigner si abondamment, qu'on s'étonne que le sinus pétreux inférieur puisse suffire à rétablir aussi bien la circulation veineuse du crâne, interrompue au sinus latéral. Puis, réunion immédiate de la plaie cervicale, sans drain.

A la mastoïde : plaie en bon état ; pas de rétention purulente ; on ne touche pas à la mèche qui ferme le sinus en arrière.

17 mai. — Hier soir : TR = 40°1. Ce matin : TR = 39°6. Pas de gonflement, pas d'œdème de la moitié droite de la face ; pas de céphalée ; aucun trouble intellectuel. Deux injections sous-cutanées, par jour, de 250 grammes de sérum faible.

18 mai. — Troisième grand frisson hier soir. L'état général reste assez bon, malgré quelques troubles digestifs. Conjonctives subictériques ; foie assez gros, mais non douloureux à la pression.

19 mai. — Quatrième grand frisson hier après midi. TR = 39°8, une heure après. Diarrhée fétide. Urines épaisses, sans albumine. Nulle part on ne constate encore d'abcès métastatique en formation.

Les résultats des examens bactériologiques sont les suivants :

a) Dans le pus du foyer sinusal : infection polymicrobienne.

b) Dans le sang du fragment de jugulaire interne, réséqué entre deux ligatures : streptocoque excessivement abondant, à l'état de pureté ;

c) Dans le sang, puisé hier au coude, dans la veine basilique : pas de microbes (coloration, cultures, etc.).

20 mai. — TR = 40° hier soir. Ce matin, pansement sous chloroforme. Le cou, à droite, est rouge et fortement tendu. On fait sauter toutes les sutures ; il sort un flot de pus ; ce qui n'a rien d'étonnant, la plaie cervicale ayant été infectée, malgré nos précautions, par le sang streptococcique sorti par l'éraillure de la jugulaire. Toute la cavité est soigneusement explorée à la sonde cannelée ; par en bas, pas de fusée ; par en haut, on essaie, sans résultat, d'établir une communication avec la plaie mastoïdienne. La large cavité du cou est alors simplement drainée à la gaze iodoformée, après grand badigeonnage de teinture d'iode. Plaie mastoïdienne assez belle ; pas de pus retenu, ni dans l'antre, ni

au niveau du sinus. Cependant, quelques gouttes de pus fétide imprègnent la mèche laissée dans le conduit auditif.

21 mai. — Hier soir, cinquième et violent frisson très prolongé, d'une durée de quinze minutes, pendant lequel le malade est très cyanosé. Cependant, la température tend à baisser. Ce matin : TR = 38°8. Le malade n'accuse aucun malaise ; son aspect est bon : tel l'aspect matinal des pyohémiques. Le foie a repris son volume normal.

24 mai. — Il n'y a plus eu de frisson. Depuis trois jours, la température baisse progressivement ; et, ce matin, TR = 37°3, pour la première fois depuis l'entrée du malade à l'hôpital. La plaie du cou, toujours pansée à la gaze iodoformée, se comble régulièrement. Plaie mastoïdienne convenable ; la mèche qui tamponne le bout postérieur du sinus latéral est prudemment retirée : à sa suite, il ne coule ni pus, ni sang.

25 mai. — Température normale. Bon état général.

27 mai. — La fièvre reparaît, mais cette fois avec un type irrégulier, qui n'est pas dans les allures de la septicémie. Hier : le matin, TR = 39°5 ; le soir, TR = 39°. Ce matin, TR = 38°4. Pas de frisson pour annoncer ce retour de la fièvre ; les deux plaies sont en bon état.

29 mai. — Tout le bénéfice obtenu par les deux opérations est en train de se perdre. La température rectale est très élevée, sans régularité, sans frisson. Maintenant, le malade, qui jusqu'alors avait accusé bien-être et bonne mine, maigrit et cachectise ; la langue se rôtit, la peau devient sèche et flasque ; diarrhée fétide abondante sans vomissements.

Rien à l'oreille ni au cou n'explique cette rechute. Aucun abcès métastatique. Nul signe qui permette de supposer une complication intra-crânienne. Auscultation du thorax négative ; tout au plus un peu de tachycardie, avec faiblesse du premier bruit. Foie et rate normaux.

30 mai. — L'interne en pharmacie du service, chargé d'examiner les urines me fait passer la note suivante : pas d'albumine, pas de sucre, *iode en notable quantité.* Ce renseignement éclaire brusquement notre diagnostic ; ces troubles inexplicables s'expliquent aisément par l'hypothèse d'une intoxication iodoformée.

De fait, voici qui le prouve.

31 mai. — Hier à midi, la gaze stérilisée a été substituée à la gaze iodoformée dans les deux cavités opératoires. Dès hier soir, TR = 37°6 ; ce matin : TR = 37°3.

3 juin. — La température est restée normale depuis quatre jours. L'état général s'améliore rapidement. On fait alors, à titre d'expérience, un large badigeonnage de la plaie avec la teinture d'iode ; le soir même, TR = 38°3.

A partir de ce jour, on s'abstint de ne jamais introduire dans les pansements ni iode, ni iodoforme, et jamais plus la fièvre ne se reproduisit.

13 juin. — Le malade quitte l'hôpital pour reprendre son travail, sur sa demande, ayant encore : 1° une plaie cervicale plate ; 2° un écoulement purulent fétide du conduit, avec polype descendant de l'aditus ; 3° une cavité mastoïdienne à tendance fistuleuse.

Mais pendant tout l'été il vint régulièrement au pansement. Longtemps persista une fistule rétro-auriculaire, entretenue par un foyer d'ostéite profond. L'absence de tout signe inquiétant, et le refus formel du malade de se prêter à une troisième intervention, nous fit abandonner toute idée d'une ouverture complémentaire de l'aditus et de l'attique. Bien nous en prit. Fin novembre, la cavité mastoïdienne est tout à fait comblée, sans fistule ; le conduit sec montre un tympan gris, sans perforation ; au cou est une longue cicatrice linéaire, qui ne gêne aucun mouvement.

Il y a aujourd'hui déjà trois mois que cette guérison se maintient.

***

Le fait brut, qui, en premier lieu, se dégage de cette observation, est la guérison radicale du malade. Nous savons, certes, que la thrombo-phlébite du sinus latéral n'a plus, depuis les travaux de Zaufal, son ancien pronostic d'incurabilité ; mais ce que nous savons ou, du moins, ce que nous avouons peu, c'est qu'en cette matière, nos résultats opératoires sont beaucoup moins bons que ceux de nos collègues étrangers ; et j'ai eu, pour ma part, le regret de perdre un certain nombre de malades de ce genre que j'ai été appelé à soigner. La raison en doit être surtout recherchée dans cet instinctif penchant à l'expectation qui est une des caractéristiques de notre médecine nationale, et qui vraiment doit entrer en ligne de compte dans les facteurs de notre dépopulation. Or, dans l'espèce, compter sur la collaboration de la

nature pour sauver la situation est pour le médecin une illusion, pour le patient, une condamnation. La médecine générale ne nous adresse ordinairement les septicémies otogènes que quand elle a perdu un temps précieux en diagnostics hésitants, et en tentatives thérapeutiques, néfastes par leur durée : ici, perdre du temps équivaut à perdre des malades. J'aurais peu d'efforts de mémoire à faire pour en citer des exemples personnels. Ainsi, tel malade, entré dans un service de médecine à l'Hôpital N., avec une fièvre septique irrégulière, ballotté pendant quinze jours entre les diagnostics classiques de dothiénentérie et de granulie, persiste à ne point s'affirmer ; au bout de ce temps, changement de médecin : on fait le séro-diagnostic, qui donne un résultat négatif, et en cherchant on s'aperçoit qu'un écoulement de pus par l'oreille existe depuis le début des accidents. Au dix-huitième jour seulement, l'oreille est mise en cause, et le malade dirigé sur mon service. On l'opère séance tenante ; on trouve une thrombophlébite du sinus ; on lie la jugulaire thrombosée... peines perdues : la mort survient malgré tout par le développement de cette pyohémie, traitée d'abord par trois semaines d'expectation.

Autre exemple funeste de tergiversation médicale. Une fillette, au dixième jour d'une otite muco-purulente d'apparence bénigne, est prise tout d'un coup d'une fièvre violente à grandes oscillations. Deux jours sont perdus à diagnostiquer une scarlatine et à attendre une éruption qui ne paraît pas ; deux autres jours utilisés à surprendre les manifestations pulmonaires d'une grippe, supposée en second lieu ; puis encore un jour se passe, consacré au séro-diagnostic ; ce n'est qu'au bout de huit jours, que, soutenu de l'autorité de mon ami Lubet-Barbon, j'arrive à faire accepter le diagnostic de pyohémie otogène. J'obtiens d'opérer l'enfant au dixième jour de la fièvre, bien trop tard ; ni l'ouverture large du sinus latéral thrombosé, ni la ligature de la jugulaire n'empêchent la mort. Anglaise ou Allemande, cette enfant eût peut-être été guérie.

La chance qu'a eu le sujet de l'observation actuelle, ç'a été d'avoir été d'emblée hospitalisé dans un service d'otologie,

où tout naturellement l'oreille attire d'abord le diagnostic ; et d'avoir pu être ainsi opéré moins de douze heures après son frisson initial.

Or, une intervention aussi précoce nous a-t-elle montré des lésions sinusales au début ? Pas le moins du monde ; elle nous a au contraire révélé des altérations déjà très avancées. Alors que cliniquement le malade semblait n'avoir passé de l'otite à la pyohémie que depuis une nuit, anatomiquement il portait depuis bien plus longtemps les lésions mères de l'infection purulente, latentes. Certainement, alors que huit ou dix jours auparavant cet homme, tout en souffrant de l'oreille, avait pourtant assez peu de réaction locale et générale pour pouvoir continuer à se livrer à ses occupations, et que, vis-à-vis d'un observateur compétent, il ne semblait présenter qu'une otite avec menace de mastoïdite, en réalité il avait dans un sinus latéral un caillot en voie de ramollissement purulent, presque déjà tel qu'il apparut le 13 mai, alors que je trépanai le sillon sigmoïdal.

Si donc chronologiquement, les lésions évoluaient parallèlement aux symptômes, ce serait déjà une faute grave pour un médecin que de maintenir en expectation un oto-pyohémique avec cette douce illusion que les choses vont pouvoir s'arranger d'elles-mêmes ; mais, comme généralement il se trouve que les symptômes retardent beaucoup sur la lésion, les dangers de l'attente en sont accrus, et aggravent la responsabilité qu'endosse de ce fait toute obstruction thérapeutique.

Retenons donc ceci, qu'il en est, au moins au cours des otites aiguës, du sinus latéral comme de la mastoïde : ses lésions sont toujours beaucoup plus accentuées que ne le croit l'auriste, même prévenu.

*
* *

Deuxième point intéressant.

Laurens dit dans son rapport sur la septico-pyohémie otitique, le meilleur travail français sur cette question (1901), que les septico-pyohémies par thrombo-phlébite du sinus recon-

naissent presque toujours pour cause une otorrhée chronique, avec vastes lésions osseuses et dénudations fréquentes du sinus, tandis qu'au cours des otites aiguës se montre surtout la septicémie, sans participation des gros canaux veineux.

Mon observation semble contredire cette assertion ; en réalité, elle la confirme, et voici pourquoi.

La pathogénie ordinaire des thromboses sinusiennes est ordinairement la suivante : ostéite de la paroi postérieure de l'antre, nécrose de la table interne, large perforation du sillon sigmoïdal, qui met pendant longtemps le sinus dénudé au contact du foyer mastoïdien ; le sinus supporte d'abord bien ce voisinage, puis à la longue réagit, en épaississant sa paroi externe ; la périphlébite se constitue, et l'irritation progresse lentement vers le centre du vaisseau ; l'endophlébite apparaît, et le caillot se forme alors, qui bientôt s'infecte. Mais de telles lésions sont très lentes à se faire : cette infection oto-sinusale par *contiguïté* n'a le temps d'évoluer qu'au cours des lentes otorrhées chroniques.

Au cours des otites aiguës, nous dit Laurens, l'infection septicémique otogène se fait par *continuité*. Toute la circulation veineuse de l'antre, des cellules mastoïdiennes et de l'apophyse se résume en petits vaisseaux, qui perforent la gouttière sigmoïdale et se jettent perpendiculairement dans le sinus latéral. Ces veinules portent le pus de l'oreille moyenne au sinus ; et comme il n'est pas besoin pour cela d'effraction osseuse, toujours lente à se faire, le transport de ces germes s'effectue avec une grande rapidité, par ces voies veineuses toujours prêtes à les charrier, aussi rapidement que peuvent se constituer les thrombo-phlébites péri-utérines, au cours de l'infection puerpérale. Ainsi naît la septico-pyohémie dans les otites purulentes aiguës, malgré le peu de temps que celles-ci mettent à leur disposition. Kœrner pense que seules ces veinules intra-osseuses peuvent être thrombosées et que le sinus n'est point altéré par les germes qu'elles y déversent. Leutert prétend, au contraire, qu'il en résulte une thrombose pariétale intra-sinusale. Mais il n'est pas impossible non plus que la coagulation intra-sinusale soit totale (Politzer) : et ainsi, au cours de l'otite aiguë, peut se montrer la thrombo-

phlébite oblitérante du sinus, sans lésions osseuses perforatives.

Et c'est bien ainsi que les choses se sont passées dans l'observation que je rapporte. La trépanation montra que le sillon sigmoïdal, ouvert de propos délibéré, était limité de toutes parts par une corticale interne saine, doublée en dehors d'une couche de fines cellules apophysaires, saines également ; donc pas d'ostéite péri-sinusale, encore moins de fistule sigmoïdale. Mais sur les fragments réséqués de cette paroi, on voyait nettement, à travers les fissures et les lacunes vasculaires normales, des travées conjonctives épaisses, qui venaient s'épanouir en bourgeons à l'intérieur de l'abcès intra-sinusal. Il est vraisemblable que le sinus a été infecté par cette voie veineuse ; d'emblée, il y a eu endo-phlébite, coagulation totale, suppuration et destruction de la paroi du sinus de dedans en dehors : processus dont la pathogénie rapide s'accorde bien avec l'évolution précipitée des otites aiguës.

***

Trois jours après l'ouverture du foyer sinusal, j'ai cru devoir lier la jugulaire interne, car les frissons continuaient.

On sait, assez pour que je n'aie pas besoin d'y revenir, la querelle des ligaturistes et des anti-ligaturistes — car il faut que sur toute choses l'homme dispute — querelle que Laurens a exposée dans son rapport auquel je faisais allusion plus haut. Pour ma part, je suis, en principe, radicalement ligaturiste. Découvrir au cou la jugulaire interne et en réséquer une partie entre deux ligatures, est une opération souvent facile, assez courte, et en tous cas absolument inoffensive pour le malade, si bien conduite. Je lui vois, quoiqu'on en dise, l'avantage de barrer au microbes, partis du foyer sinusal, la grande route qui mène au cœur. Je sais bien que d'autre voies collatérales restent ouvertes à la diffusion de l'infection ; mais parce qu'on ne peut faire tout, est-ce une raison pour ne rien faire ? En temps d'invasion, la ville menacée ferme d'une barricade la rue principale par où vient l'envahisseur ; parce que celui-ci la pourrait tourner par des chemins de traverse, est-ce une rai-

son pour qu'elle y renonce ? Et voyez donc quelle tranquillité donne à l'auriste la ligature préalable de la jugulaire, pour ouvrir ensuite le sinus, sans avoir à craindre à tout moment qu'une embolie cruorique ou aérienne vienne interrrompre, avec la vie, son opération.

J'ai l'habitude de procéder comme il suit. Dans un premier temps opératoire, la mastoïde est ouverte, et le sinus largement découvert. S'il est reconnu malade, on ne l'ouvre pas encore, mais on protège la plaie par un pansement provisoire, et on passe au second temps, qui est la ligature de la veine jugulaire interne faite aseptiquement, et avec d'autres instruments que ceux qui viennent de servir à l'oreille ; puis, suture immédiate sans drainage, et collodion. Cela fait, on passe au troisième et dernier temps : on se reporte à la mastoïde ; on ouvre et nettoie le sinus latéral, tout à son aise.

Il est vrai que, dans le cas actuel, je n'ai pas procédé ainsi ; mais parce qu'en faisant sauter la corticale interne, pour découvrir le sinus, j'ai été surpris par les lésions, qui d'emblée m'ont conduit dans la cavité sinusale abcédée.

On m'accordera, tout au moins, que chez mon malade la ligature de la jugulaire a été tout à fait inoffensive, puisque, bien que le tronc thyro-linguo-facial ait dû être lié, aucun trouble de circulation de la face, aucun symptôme d'œdème cérébral ne s'est manifesté.

D'ailleurs, dans tous les cas où j'ai eu l'occasion de lier ce vaisseau, j'ai toujours vu l'interruption de la circulation veineuse admirablement tolérée ; elle est, du reste, plus ou moins préparée par l'obstruction du sinus. Une fois, cependant, une de mes malades présenta, deux jours après la ligature, des phénomènes cérébraux, sans que toutefois M. Brissaud put se prononcer entre une hydrocéphalie aiguë ou une méningite purulente.

Cependant, on pourrait m'objecter que ma ligature a été inutile. « Dès le premier frisson, me dira-t-on, vous ouvrez le « sinus latéral. Vient un second frisson : vous liez la jugu- « laire. Les frissons cessent-ils ? Pas du tout. Ils continuent « encore malgré cela, se reproduisant jusqu'à cinq reprises. Le « malade, une fois son sinus simplement ouvert et drainé,

« aurait spontanément liquidé sa septicémie ; il y aurait mis « le temps, voilà tout. » Ce disant on oublie que le sang circulant de la jugulaire fourmillait de streptocoques, et que trois jours après l'ouverture du sinus et son drainage, le patient se faisait encore, de l'oreille vers le cœur, une incessante injection de bouillon microbien. Il est logique d'admettre qu'il y avait intérêt pour lui à interrompre ce courant : et il n'est pas improbable que cette interruption ait aidé à la guérison.

*
* *

Au point de vue bactériologique, il est intéressant de faire remarquer :

1° Que le foyer sinusal contenait les microbes les plus variés, au milieu desquels il était difficile de déterminer l'agent pathogène causal de l'otite.

2° Que dans le sang circulant de la jugulaire interne le streptocoque fut trouvé à l'état de pureté. C'est du reste une règle que les recherches de Leutert ont bien mise en lumière, que quand une oreille malade se met à faire de la pyohémie, parmi les microbes plus ou moins nombreux dont elle dispose, c'est le steptocoque qu'elle charge de ce soin : et, en effet, quelque soit la flore bactérienne du foyer initial, c'est presque toujours le streptocoque qu'on retrouve à l'état de pureté dans le sang de la jugulaire, ainsi que dans le pus des abcès métastatiques.

3° Que le sang puisé dans la veine basilique ne contenait aucun microbe ; ce qui est encore la règle, les capillaires formant barrage pour les agents pathogènes, que n'a pu arrêter la circulation pulmonaire.

*
* *

Un dernier détail de l'observation reste à mettre en évidence: c'est l'intoxication iodoformée à laquelle a failli succomber notre malade. On pourrait certes se mettre à l'abri de ce danger en se servant soit de gaze stérilisée, soit d'agents antiseptiques inoffensifs, tels que l'iodol, l'aristol, etc. Mais il me semble

risqué de faire de l'antisepsie pure en présence des suppurations fétides du rocher, et de ne point user d'antiseptique quand il faut faire dans le sinus infecté un tamponnement qui doit y rester une dizaine de jours. Quant aux corps qui se prétendent succédanés de l'iodoforme, il faut avouer qu'ils n'ont pas suffisamment fait leurs preuves, pour que l'on soit autorisé à renoncer en pareil cas au seul antiseptique qui donne toute sécurité en chirurgie osseuse.

Aussi conseillé-je de faire faire systématiquement, chez tout infecté, pansé à l'iodoforme, la recherche de l'iode dans les urines. Dans le cas actuel, cette découverte, faite par hasard, fut, chez notre malade, le signal d'une véritable résurrection. La recherche de ce signe me paraît indispensable. Car, quoique l'amaigrissement, la fièvre, la diarrhée, le subictère, la sécheresse des muqueuses soient signes évidents de l'intoxication iodoformée, cependant ces choses sont également symptômes ordinaires de la septicémie : et justement, l'erreur diagnostic en ce dernier sens est grave, puisqu'elle pousse à exagérer l'antisepsie des pansements, qui demande au contraire à être alors restreinte. Quand donc la plaie n'explique pas les accidents, quand aucun abcès métastatique ne semble en voie de formation chez un oto-pyohémique, recherchez l'iode dans les urines : et peut-être serez-vous assez heureux pour constater à temps, comme je l'ai fait, que votre malade se meurt d'une intoxication que vous avez substituée à son infection.

IV

DU CHOIX DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE DANS DES KYSTES PARADENTAIRES DE LA RÉGION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR (1)

Par le Dr **A. RAOULT** (de Nancy), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Je n'ai eu jusqu'ici que trois cas de kystes paradentaires, que j'aie pu opérer. Plusieurs autres malades, examinés une fois, n'ont pas accepté l'intervention. Mais ces trois cas me semblent assez bien remplir les différentes conditions devant lesquelles peut se trouver l'opérateur, pour qu'il me soit permis de les exposer en faisant les réflexions imposées par chacun de ces cas.

Dans la première observation, il s'agit d'un kyste non suppuré ayant évolué vers le plancher nasal ; sa paroi externe était recouverte par les téguments.

OBSERVATION I. — M. A. B , mineur âgé de 24 ans, vient à ma consultation le 28 février 1898, il m'est envoyé par mon confrère le Dr Spuker. Le malade se plaint d'une grosseur qui s'est développée depuis dix mois environ au-dessous de l'angle externe de la narine gauche ; cette masse a surtout augmenté depuis trois mois ; son développement s'est fait sans aucune douleur. On aperçoit en effet un gonflement faisant saillie au niveau de la lèvre supérieure et repoussant en avant la partie externe de l'aile du nez, effaçant en grande partie le sillon naso-labial et le sillon naso-jugal gauches.

En relevant la lèvre supérieure, on retrouve cette saillie au ni-

(1) Communication faite à la Société de Médecine de Nancy, le 8 Janvier 1902.

veau de la fosse canine gauche qu'elle comble. A sa surface, la muqueuse de la gencive présente un aspect normal. Je pratiquai ensuite l'examen rhinoscopique antérieur et constatai la présence de la partie supérieure de la même masse faisant saillie au point de jonction de l'orifice postérieur de la narine et de l'entrée de la fosse nasale gauche. Elle soulève la muqueuse et forme un relief que l'on peut comparer à celui formé par la moitié d'une cerise. En ce point, cette masse semble semi-transparente, et est recouverte de vaisseaux dilatés ; elle donne assez bien l'aspect d'une grenouillette.

En introduisant le petit doigt de la main gauche dans la narine gauche et l'index droit sous la lèvre supérieure, je puis apprécier le volume total de cette masse, qui a environ les dimensions d'une prune de Reine-Claude. Cette masse est rénitente, mais ne donne pas nettement la sensation de fluctuation. Néanmoins, je ne puis douter de la nature de l'affection, en raison de l'aspect transparent que l'on trouve au niveau de l'entrée de la fosse nasale, et le diagnostic de kyste dentaire s'impose. J'ai fait faire au malade pendant les jours qui ont précédé l'opération, des aspirations de vaseline boriquée et des lavages du nez, afin d'obtenir la plus grande propreté possible de la fosse nasale.

Le 4 mars, opération. Le malade étant chloroformé, je pratique une section horizontale de 4 centimètres sur la muqueuse gingivale, au niveau de la tumeur ; je dégage avec soin cette dernière afin de ne pas en perforer la paroi. Je puis facilement la décortiquer à la partie antérieure et inférieure ; mais elle est très adhérente en arrière au périoste alvéolaire et en haut à la muqueuse nasale. En essayant en ces derniers points de la dégager des tissus voisins, je l'ouvre et il en sort un liquide blanc visqueux. Je curette avec soin les parois supérieure et postérieure de façon à détruire la membrane d'enveloppe. Avec des ciseaux, j'incise la partie supérieure de cette poche ainsi que la muqueuse nasale. Je place par cet orifice nasal une mèche de gaze iodoformée qui pénètre dans la cavité kystique, de façon à drainer celle-ci par la voie nasale. Je suture ensuite la plaie opératoire gingivale. L'échancrure nasale de la branche montante du maxillaire supérieur correspondant m'a semblé légèrement déformée et plus large que celle du côté droit.

Les pansements par la plaie nasale furent renouvelés tous les deux jours. Les fils de la plaie gingivale furent enlevés le cinquième jour. Enfin la cicatrisation était complète le 14 mars, dix jours après l'opération.

J'ai revu le malade le 21 mars, il était complètement guéri ; j'ai eu de ses nouvelles par le docteur Specker, le kyste n'a par reparu.

On aurait pu dans ce cas se contenter de drainer la cavité du kyste par la plaie buccale, mais il m'avait semblé préférable, pour éviter l'infection par la bouche, de refermer l'incision gingivale et de pratiquer une contre-ouverture au niveau de la muqueuse buccale, n'ayant rien à craindre de ce côté. J'avais été poussé dans cette idée par les bons résultats obtenus dans les sinusites maxillaires au moyen de l'opération d'Ogston Luc.

OBS. II. — M. J. officier de cavalerie vient me consulter le 2 janvier 1899, il se plaint d'une obstruction complète de la narine gauche. Il lui est absolument impossible de se moucher de ce côté. Par cette narine s'écoulent constamment des mucosités fétides. Ce malade est tombé trois ans auparavant de cheval et s'est cassé la canine supérieure gauche.

Au bout d'un an et demi s'est développé un abcès au niveau de la racine de cette dent. Tout le côté gauche de la face s'est tuméfié, ainsi que la narine du même côté. M. J. a fait extraire la racine malade, mais les accidents ont continué à évoluer et par la narine gauche s'est écoulé du pus, en même temps que cette narine s'obstruait progressivement. A l'examen rhinoscopique, j'aperçois la tête du cornet inférieur très gonflée, rouge, couverte de muco-pus, masquée en partie par un épaississement de la cloison nasale, siégeant à la partie inférieure.

Du côté de la bouche, il existe une fistule à la place de la canine supérieure gauche ; par cette fistule, le stylet pénètre dans une cavité ; au-dessus, la muqueuse gingivale est rouge, fongueuse. La narine gauche est complètement obstruée, et de ce côté le malade ne peut ni respirer, ni se moucher ; il ne se plaint d'aucune douleur, n'éprouve pas de céphalalgie.

L'éclairage de la face (diaphanoscopie) montre une obscurité complète du côté gauche de la face dans la région du sinus maxillaire.

Le 3 janvier, après cocaïnisation de la muqueuse nasale du côté gauche, je procède au nettoyage de cette cavité. Je fais sortir une masse énorme de détritus caséux, extrêmement fétides. Avec le stylet je perçois la présence d'un séquestre osseux mobile, que je ne puis pas attirer en avant. J'essaie de le repousser dans le cavum et prie le malade de renifler fortement, mais le séquestre ne descend pas dans le pharynx. J'essaie ensuite de le reprendre, mais il m'est impossible de le retrouver dans la fosse nasale. Les

jours suivants, le malade fait des lavages du nez et des aspirations de vaseline boriquée.

Le malade entre le 5 janvier à la clinique Sainte-Marie. Le 6 janvier, le malade étant chloroformé, je procède à l'ouverture du sinus maxillaire suivant le procédé d'Ogston-Luc. Je prolonge en avant l'incision ordinaire jusqu'à 1 centimètre et demi en dehors de la ligne médiane, de façon à comprendre la lésion siégeant à la place de la canine. La muqueuse et le périoste de la lèvre supérieure de l'incison sont réclinés en haut.

Au niveau de la canine, je trouve l'os dénudé et nécrosé, nécrose qui se continue en bas jusqu'à l'extrémité de la fistule gingivale. J'attaque cet os malade à la gouge, en allant d'avant en arrière et je tombe dans une cavité où je puis placer l'extrémité du doigt. J'enlève complètement toute la paroi osseuse externe de cette cavité. Un stylet introduit dans cette dernière fait percevoir que la table osseuse interne de la cavité est nécrosée à sa partie antérieure. Je continue alors en avant à la gouge l'excision osseuse de la table externe, puis trouvant le bord saillant de la table interne, je le résèque facilement avec une pince coupante. Je détruis ainsi complètement cette table interne. Par cette brèche osseuse ainsi faite, je pénètre dans le sinus maxillaire, qui est curetté avec soin. La curette enlève une assez grande quantité de fongosités et du pus caséeux.

En faisant ce curettage, je trouve une partie de la paroi interne nasale du sinus détruite au niveau du méat inférieur ; et au pourtour de cette perte de substance, l'os est dénudé. Me guidant sur le petit doigt de la main gauche, introduit dans la fosse nasale, je défonce, avec une curette passant dans le sinus, tout ce qui me paraît malade de la paroi interne de cette cavité. Par la fosse nasale, je fais passer une mèche de gaze iodoformée qui sert à tamponner le sinus maxillaire après que ce dernier a été nettoyé avec une solution de chlorure de zinc. Je termine l'opération en pratiquant une incision verticale au niveau de la fistule de la canine. Avec la curette, j'enlève toutes les fongosités et des débris osseux nécrosés situés à ce niveau. Je pratique la suture de l'incision horizontale, puis de l'incision verticale.

Les suites de l'opération furent normales. Les plaies gingivales se réunirent parfaitement. La muqueuse nasale du côté gauche prit peu à peu un aspect normal. Par contre, il restait du gonflement de la muqueuse de la narine droite, avec gêne de la respiration.

Le 23 janvier, pour pratiquer la cautérisation de la muqueuse

du cornet inférieur droit, je cocaïnisai cette muqueuse, qui se décongestionna sous cette influence. Trouvant du pus dans cette narine, je priai le malade de se moucher, et, en le faisant, il expulsa des débris osseux recouverts de muco-pus.

Dans ce cas, le kyste, après avoir formé une cavité osseuse non apparente à l'extérieur, mais saillante dans le sinus maxillaire, a été atteint par la suppuration, ce qui a provoqué de la nécrose de ses parois. Cette nécrose du côté du sinus a été cause de l'issue du pus dans l'àntre, d'où sinusite maxillaire. Cette suppuration a envahi la paroi externe de la fosse nasale qui a été nécrosée en partie à son tour. La sinusite a causé ainsi la suppuration nasale persistante et la production d'un corysa caséeux.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un vaste kyste paradentaire qui ne s'est plus fait jour en avant comme dans les deux cas précédents, mais d'un kyste postérieur ayant refoulé en dedans la paroi externe du sinus maxillaire.

Pour des raisons que j'exposerai plus loin, il m'a été impossible de faire communiquer d'emblée la cavité kystique avec l'antre d'Highmore.

OBS. III. — Mme L. âgée de 36 ans, a environ depuis sept ans des abcès à répétition, survenant au niveau de la troisième molaire supérieure droite. La suppuration est plus abondante depuis quelques jours. Elle a été examinée par M. le Payen dentiste, qui propose à la malade une intervention ; il me l'adresse, me priant de l'examiner avec soin.

Le 22 novembre 1901, je constatai au-dessus de la troisième molaire supérieure droite un gonflement de forme arrondie, dur, allant presque jusqu'au rebord sous-orbitaire, et d'où partaient une série de petites fistules au niveau du bord alvéolaire. Toutes les dents, depuis la canine jusqu'à la dent de sagesse exclusivement, sont représentées par des racines cariées. La palpation de la région tuméfiée ne fait percevoir aucune fluctuation. A la diaphanoscopie, je constatai une obscurité revêtant les contours de la tuméfaction ci-dessus décrite ; mais l'éclairage se faisait jour au niveau des sillons naso-jugal et sous-orbitaire. D'après ces phénomènes, j'admis que le sinus ne participait pas à la suppuration.

Le 30 novembre 1901, assisté de M. le Payen, je chloroformai la malade chez elle. (La malade avait refusé de venir se faire opérer à la clinique Sainte-Marie, elle demandait seulement qu'on apportât un soulagement à son affection, elle nous avait même supplié de ne pas enlever un grand nombre de racines dentaires ca-

riées, non situées du côté malade.) M. le Payen enleva plusieurs racines au niveau de la mâchoire supérieure droite ; mais ne put extraire la dent de sagesse qui était soudée à un volumineux séquestre osseux ; en exerçant des tractions sur cette dent, il attirait avec elle ce séquestre.

Je fis alors sauter au moyen de la gouge cette dent de sagesse, puis je divisai à la pince et à la gouge le séquestre osseux en allant d'arrière en avant. J'enlevai de cette façon environ la moitié postérieure du bord externe de l'alvéole, le bord interne étant resté en partie. Au-dessus de ce séquestre se trouve une cavité d'où sort un liquide extrêmement fétide. Je puis explorer avec le doigt cette cavité ; elle est limitée en arrière par le rebord postérieur du maxillaire supérieur, en avant elle vient jusqu'au niveau de la canine supérieure droite, et en haut le doigt vient buter jusqu'au rebord sous-orbitaire.

Dans ce dernier sens, elle a environ 6 centimètres de hauteur. La paroi externe est formée par une lamelle osseuse que je détruis à la pince coupante dans sa plus grande partie ; il n'en reste qu'une portion antérieure formant le bord antérieur de la loge. La paroi interne est constituée par la paroi externe du sinus maxillaire qui est enfoncée, concave. Je curette toute la paroi interne de cette cavité, dans laquelle je trouve de nombreux petits séquestres et une dent déformée sans racine, ressemblant à une prémolaire de la première dentition. En examinant avec soin la paroi interne, je constate qu'il n'existe aucune communication avec le sinus maxillaire, mais je sens qu'en un point, la paroi de séparation est extrêmement mince, et qu'elle cède sous l'instrument. Je ne puis malheureusement faire une opération plus complète et réunir la cavité kystique avec le sinus. Je nettoie complètement la cavité qui est ensuite bourrée de gaze iodoformée.

Le 1er janvier 1902, la malade est encore en traitement, la cavité a diminué de dimensions, mais elle suppure encore.

Il s'agit dans ce cas, sans aucun doute, d'un kyste dentifère évoluant probablement depuis longtemps, qui aura été infecté par suite de la présence de nombreuses dents cariées.

Je n'ai pu mettre immédiatement la cavité kystique en communication avec le sinus pour plusieurs raisons :

1° Etant donné le milieu malpropre dans lequel j'ai été obligé d'opérer à mon corps défendant ;

2° En raison des demandes réitérées de la malade et de sa famille, qui craignaient une grosse intervention ;

3° Enfin, ne pouvant enlever toutes les autres racines cariées, je

n'aurais pas pu obtenir une plaie suffisamment propre pour qu'elle pût se réunir par première intention ; j'aurais eu probablement une fistule buccale.

Je me propose, lorsque la cavité kystique sera détergée et que la malade en aura compris la nécessité, de compléter l'opération par l'ouverture sinusale et nasale et d'obstruer complètement l'orifice buccal. Il me semble même que dans des conditions pareilles, il y a moins de chances d'infecter le sinus maxillaire, qu'en faisant cette cure radicale d'emblée. La cavité kystique étant dans la suite détergée et ses parois épidermisées, la guérison sera très rapide.

En terminant ce travail, je proposerai donc les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de kystes non infectés, faisant saillie dans la fosse nasale (comme dans mon premier cas opéré en 1898) ou du côté du sinus maxillaire (comme l'ont fait MM. Jacques et Michel, *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1900), il faut ouvrir le kyste dans la région alvéolaire pour l'énucléer et le curetter, puis faire une contre-ouverture nasale ou sinusale. Refermer ensuite la plaie alvéolaire, pour continuer à drainer par le nez.

2° Si le kyste infecté a donné issue au pus dans le sinus, il faut opérer comme dans le cas précédent (Observation II, cas opéré en 1899). En somme, on se trouve en présence d'une sinusite maxillaire avec une cavité accessoire.

3° Si la cavité kystique est infectée et n'a pas infecté à son tour le sinus, il est bon d'attendre que cette cavité kystique se soit détergée avant de la réunir au sinus. En effet, par une réunion d'emblée, on infecterait sûrement le sinus, qui ne pourrait peut-être se guérir que difficilement dans la suite ; car par suite de l'enfoncement de sa paroi externe, la cavité sinusale devient très irrégulière et présente de nombreux recoins fort difficiles à explorer et à curetter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 26 mars 1900 (1).

Président : Prof. A. POLITZER.

Sécrétaire : Dr H. FREY.

1. GOMPERZ a réussi à exciser le marteau en pratiquant **l'anesthésie du tympan par le procédé de Schleich.** L'injection fut faite à environ un centimètre, vers l'extérieur de la périphérie tympanique dans la paroi supéro-postérieure du conduit auditif et provoqua une douleur à peu près nulle. Au bout de cinq minutes, on incisa le tympan et on retira le marteau avec un serre-nœud, la sensibilité était presque abolie. On pourrait compléter l'anesthésie en cocaïnisant fortement la muqueuse.

G. s'est servi d'une solution à 10 °/o mais il vaudrait mieux employer celle à 20 °/o.

Pour l'infiltration, G. a employé une canule construite sur ses indications par Reiner, de Vienne.

Discussion.

POLITZER demande si l'instillation de cocaïne n'aurait pas donné le même résultat.

GOMPERZ a entendu seulement s'occuper de l'action de l'infiltration.

2. HAMMERSCHLAG. — **Lésions simultanées de l'acoustique, du facial et des muscles oculaires.** — Malade de la clinique de Politzer atteinte depuis plusieurs années d'une otite moyenne suppurée chronique gauche. Au cours de ces derniers mois, on a observé une parésie faciale et de l'ophtalmoplégie. A son entrée dans le service, la malade avait une fièvre violente due à un abcès péri-ton-

(1) D'après le *Monats. f. Ohrenh.*, mai 1900.

sillaire. Bien que cette femme eût sept enfants bien portants, on songea à la spécificité et on prescrivit des frictions à l'onguent de Crédé et l'iodure de potassium à doses massives ; une partie des accidents cédèrent, la paralysie faciale disparut totalement et la paralysie du trijumeau se réduisit à une parésie minime ; l'œil recouvra aussi sa motilité.

3. F. Alt présente un homme de 53 ans, porteur d'une **otite moyenne supurée chronique tuberculeuse** et d'une nécrose labyrynthique du côté gauche. Otorrhée profuse, conduit auditif dilaté, destruction de la paroi du promontoire et d'une portion considérable de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif osseux et du facial ; de sorte que l'œil pénètre à une grande profondeur et que l'on peut sonder l'oreille interne nécrosée. Paralysie complète du nerf facial à gauche ; la maladie a évolué sans accidents labyrinthiques, vertiges, ni vomissements. Vu l'existence d'une phtisie pulmonaire, on renonça à intervenir chirurgicalement.

4. Politzer montre un rocher sur lequel l'aditus ad antrum offre un passage extrêmement rétréci.

Séance du 28 mai 1900 (1).

1. G. Frey. — **Lésions simultanées de deux nerfs acoustiques probablement imputables à une méningite basilaire spécifique.**

Ce cas est aussi intéressant pour les neurologistes que pour les auristes, il concerne un serrurier de 31 ans qui vint consulter à la fin d'avril à la Clinique otologique en se plaignant d'une dureté d'oreille bilatérale.

Pas de tares héréditaires. Bonne santé jusqu'en 1895, époque où il fut blessé à la tête par une courroie de transmission. La plaie frontale guérit sans laisser de traces. En septembre 1899, chancre qui se cicatrisa en quelques semaines et au mois d'octobre, attaque qui fut soignée par des frictions à l'onguent mercuriel.

Jamais de céphalalgie, de vertige, d'affaiblissement mental, le malade a toujours bien vu et bien entendu et ne présente ni troubles de la sensibilité, ni paralysies, ni vomissements. Aucune intoxication, le malade boit et fume peu.

Depuis quinze jours toux et coryza avec bourdonnements d'oreilles

(1) D'après le *Monats f. Ohrenh.*, août 1900.

particulièrement prononcés à gauche. Affaiblissement simultané du pouvoir auditif.

Les deux tympans sont fortement rétractés, blanchâtres sur les bords et atrophiés au centre. Voix perçue à quelques centimètres de l'oreille. La montre et l'acoumètre de Politzer ne sont perçus ni par la voix aérienne ni par les os. Le son du diapason n'est pas latéralisé, la conduction par les os de la tête est notablement restreinte de même que la conduction aérienne. Rinne positif des deux côtés.

Pas de titubation.

L'air pénètre normalement dans la trompe par le cathétérisme ou par la politzération, mais l'ouïe ne s'améliore pas.

On diagnostique une affection de l'appareil de perception d'origine spécifique et on prescrit le traitement ioduré avec des applications locales de pilocarpine.

Au bout de 14 jours, le malade revient à la consultation ; il entend moins bien ; le 18 mai, il est devenu complètement sourd, la moitié droite du visage est paralysée et il voit mal. Aucune altération mentale, léger vertige.

Le malade entre dans le service de Nothnagel.

A l'examen, on reconnaît que les organes internes et externes sont normaux sauf une cicatrice au-dessus du pénis.

v. Frankl Hochwart l'examine au point de vue nerveux et constate peu de troubles, toutefois l'excitabilité électrique de la région faciale est diminuée et la surdité persiste.

Depuis le 24 mai, le malade est de nouveau soumis au régime des frictions et il prend de l'iodure.

Il est plus que probable qu'il s'agit d'une méningite syphilitique basilaire et comme elle est de date récente elle pourra guérir par la médication spécifique.

Ce genre d'affection est peu connu dans la littérature. Seuls Politzer, Hang, Friedrich, von Frankl Hochwart, Lucae et Schwartze s'en sont occupé.

Discussion.

v. Frankl Hochwart trouve ce cas intéressant par sa bilatéralité.

Urbantschitsch a vu une affection bilatérale de l'acoustique d'origine syphilitique où les frictions échouèrent mais qui s'améliora par la sudation. Les cas de ce genre guérissent difficilement.

Politzer dit que le diagnostic est certain, mais comme la sur-

dité est absolue, tandis que les autres nerfs cérébraux sont peu lésés, il existe peut-être une affection labyrinthique syphilitique.

Urbantschitsch répond que ce fait est malaisé à prouver.

2. Alexander montre un **moulage de l'oreille moyenne destiné à l'enseignement.** — Agrandissement au 30° de l'oreille moyenne droite d'un adulte sur lequel on distingue nettement toutes les parties de l'organe.

3. Politzer montre deux pièces anatomo-pathologiques, provenant de malades ayant succombé à des méningites suppurées et dont l'auteur rapporte les observations détaillées.

Séance du 29 juin 1900 (1).

Président : Prof. A. Politzer.

Secrétaire : Dr G. Frey.

1. Henning. — **Rétablissement artificiel du pavillon de l'oreille.** — L'auteur exhibe une série de moulages d'anomalies du pavillon d'origine congénitale ou dues à des traumatismes ou à des maladies, et communique le résultat de ses tentatives de restauration qui s'effectuent aisément avec des plaques de celluloïd transparentes. H. a essayé ce procédé sur deux malades ayant eu une partie du pavillon emportée par un chien, dans un cas de déchirure au cours d'une rencontre de trains, une fois après un duel d'étudiants et enfin chez une jeune femme atteinte d'une anomalie congénitale. La prothèse donne l'impression d'une oreille naturelle, transparente et incassable.

2. Gomperz présente un enfant sur qui on a **affectué la plastique auriculaire consécutive à l'opération radicale** avec un lambeau enlevé sur un prépuce lors de la circoncision rituelle.

Herbert G. âgé de 8 ans, fut conduit à l'auteur le 3 octobre 1896, pour une otorrhée droite. Cinq ans auparavant, il a souffert de

(1) D'après le *Monats f. Ohrenh*, novembre 1900.

troubles cérébraux, puis deux ans après d'un écoulement auriculaire fétide intermittent. G. découvrit du pus dans le conduit auditif droit, le tympan était détruit jusqu'au manche du marteau et la montre perçue à 6 cm.

A gauche le tympan est terni, la montre est perçue à 40 cm. Après un court traitement, la suppuration cessa et le 3 novembre 1896 l'audition était améliorée (montre 8 cm. à droite, 77 cm. à gauche).

Le 3 février 1897, retour de l'écoulement accompagné de fièvre et vives douleurs ; masses cholestéatomateuses dans le conduit auditif. Des douleurs rétro-auriculaires et 40° de fièvre qui le 11 avril accompagnant une nouvelle récidive de la suppuration, nécessitèrent l'opération radicale. G. trouva un cholestéatome gros comme une noisette et une carie osseuse étendue.

Plastique rétro-auriculaire par le procédé de Stacke ; mais l'orifice ne put être maintenu béant, l'enfant ne supportant pas le pansement.

Nouvelle récidive vers la mi-septembre. L'antre et le conduit auditif sont envahis par le pus ; muqueuse de la paroi interne de la caisse normale. Le 19 avril 1898, l'auteur ouvrit encore l'oreille moyenne et trouva un gros cholestéatome dans l'antre et la mastoïde. La plaie s'étant beaucoup rétrécie, G. pensa à la transplantation.

Vu la turbulence du malade on ne pouvait l'opérer sans l'anesthésier, et d'autre part on hésitait à employer ce moyen vu son état de faiblesse, aussi G. dut-il prendre un autre parti.

Il s'adressa à un confrère spécialiste en circoncision et obtint le 5 mai un prépuce sectionné sur un nouveau-né bien portant qu'on avait plongé aussitôt dans une solution salée chaude à 0,6 °/₀ et qui au bout de dix minutes fut apposé sur la plaie sous forme de neuf lambeaux. Deux se détachèrent mais les sept autres demeurèrent adhérents et l'orifice s'est parfaitement maintenu ouvert. L'enfant était guéri le 18 juillet.

3. Gomperz. — **Séquestre des deux anneaux tympaniques.** — Coupes provenant d'une fillette de 7 ans qui eut en octobre 1898 la scarlatine et quelques jours après devint dure d'oreille puis totalement sourde. Au début, on observa une otorrhée bilatérale et l'apparition de granulations qui disparurent pour récidiver bientôt, de gonflements mastoïdiens qui s'atténuaient temporairement sous l'influence de badigeonnages iodés et de cataplasmes. En six mois les apophyses mastoïdes se tuméfièrent quatre fois et le traitement

consista en vaporisations de créoline et cautérisations à l'acide lactique, G. vit l'enfant pour la première fois, en avril 1899 ; les apophyses mastoïdes étaient recouvertes de peau infiltrée, enflammée, presque fluctuante. Pulsations bilatérales du conduit auditif, écoulement fétide à droite ; des deux côtés la peau est soulevée, de sorte qu'à droite il subsiste seulement une fente étroite à travers laquelle on aperçoit des granulations, tandis qu'à gauche la lumière est complètement obstruée. Le pouvoir auditif est entièrement aboli pour la parole seulement, le diapason A à fortes vibrations est perçu à travers le crâne. Le 18 avril, G. trépana les deux mastoïdes.

A droite le périoste était transformé en une écorce lardacée de l'épaisseur d'un doigt se détachant facilement de l'os ; il existe une fistule mastoïdienne, des granulations décolorées et plusieurs séquestres détachés remplissent une cavité grosse comme une noix dans l'apophyse mastoïde ; la paroi postérieure du conduit auditif est presque totalement détruite.

A gauche la surface de l'apophyse mastoïde est percée de trous vasculaires, le premier coup de marteau livre passage à des masses granuleuses suppurées colorées, occupant une cavité de la dimension d'une cerise ; l'enclume nécrosée gît dans l'antre ; la majeure partie de la paroi postérieure du conduit auditif est détruite.

La plaie est cicatrisée le 16 juin, mais la suppuration du conduit auditif est entretenue par les osselets séquestrés des deux côtés, qu'il est impossible d'extraire tant la fillette est poltrone. Le 30 juin, G. réussit à enlever à gauche un fragment osseux qui fut reconnu comme une portion de l'anneau tympanique. A droite le séquestre était très adhérent. Entre temps, l'enfant partit à la campagne, et ne revint qu'en octobre, elle était en bonne santé, mais l'oreille coulait toujours, aussi l'auteur fit-il l'anesthésie pour retirer le 4 octobre le séquestre enveloppé de granulations qui n'étaient autre chose que des fragments de l'anneau tympanique. Dix jours après l'extraction, l'otorrhée cessa des deux côtés ; les restes du tympan s'accolèrent à la paroi interne de la caisse et s'y soudèrent de sorte que cette paroi semble épidermisée. Le pouvoir auditif ne s'est pas rétabli.

4. V. Pick. — **Nécrose bilatérale de la capsule labyrinthique osseuse à la suite d'une otite moyenne suppurée chronique.** — Femme sujette environ deux fois par an à des crises épileptiques et affectée d'une otorrhée qui la fait si peu souffrir qu'elle ne la soigne pas.

Le 2 avril 1900 surgissent brusquement de vives douleurs, des bourdonnements d'oreille gauche, des vertiges, des vomissements et une surdité gauche. Cet état se prolongea pendant 14 jours. Le 18 juin, l'oreille droite se prit aussi. Lors du premier examen pratiqué le 22 juin, la malade se plaint de douleurs lancinantes dans les deux oreilles, de bruits intenses et de vertige. Quand elle est debout ou qu'elle marche, elle titube. Les vomissements ont cessé ; température et pouls normaux.

Les deux apophyses mastoïdes sont sensibles à la pression. Les deux conduits auditifs très vastes sont remplis de pus fétide grumeleux. Après un lavage on voit à droite que le tympan fait défaut, il subsiste seulement un morceau du manche du marteau. La muqueuse de la caisse est d'un rouge intense ; sous la fenêtre ronde on remarque un endroit privé de muqueuse, gris, de forme ronde, mesurant 2 mm. de diamètre, au travers duquel la sonde heurte des os érodés. A gauche, l'aspect est à peu près analogue, seule la partie nécrosée est plus étendue. La malade est sourde pour tous les sons. Le traitement consiste en lavages et en introduction de gaze iodoformée.

Le 25 juin la malade entend des mots énoncés contre son oreille droite, le 28 juin, elle commence à en percevoir aussi à gauche ; des deux côtés elle reconnait les coups de sifflets et le bruit de diapasons violemment frappés pendant quelques secondes (L. : C_4, C_1, C ; R. : C_3, C_1, C.). Douleurs lancinantes au fond de l'oreille gauche où la nécrose osseuse est assez prononcée.

On a eu affaire dans ce cas à des symptômes bruyants qui ont entraîné la pénétration du pus dans le labyrinthe par la voie de la fenêtre labyrinthique et déterminé la nécrose des parois du labyrinthe baignées de pus. Comme l'irritation s'est calmée, qu'une partie de l'audition est revenue ce qu'on peut attribuer à la cessation de la pression intra labyrinthique, et que la malade actuellement en traitement à la Clinique du Prof. Politzer se trouve relativement bien, l'auteur est partisan de l'expectative, car il se peut que les tissus nécrosés se détachent d'eux-mêmes. En cas d'accidents cérébraux, il faudrait recourir à l'opération radicale et évider le labyrinthe.

5. A. Politzer. — **Contribution à l'anatomie pathologique de l'otite moyenne aiguë du nourrisson.** — Cette affection a été étudiée au cours de ces dernières années par Ponfick, Aschoff, Heermann, Kossel, Goeppert, Rasch, Hartmann et S. Weiss.

Les modifications anatomo-pathologiques varient suivant l'in-

tensité de l'inflammation et oscillent du catarrhe simple à l'infiltration cellulaire intense.

P. a fait ses recherches sur une série d'organes auditifs d'enfants décédés à l'hôpital infantile Caroline en s'aidant des renseignements cliniques fournis par le Dr S. Weiss.

Dans presque tous les cas, l'oreille moyenne est envahie par un exsudat séreux ou gélatineux, mêlé de cellules purulentes troubles. La muqueuse est tuméfiée, œdématiée, inégale et glanduleuse.

A l'examen microscopique, la muqueuse présente des saillies de dimensions variables, hémi-sphériques, villeuses. Les autopsies ont démontré que les otites moyennes frappent surtout les enfants affaiblis par des maladies antérieures et revêtent un aspect cachectique. Elles surviennent souvent après les fièvres éruptives et peuvent évoluer sans perforer le tympan. La trompe sert souvent à propager l'infection qui se manifeste rarement par la voie circulatoire ou à travers le conduit auditif. La trompe de l'enfant étant plus courte et plus large relativement que celle de l'adulte, les matières infectieuses peuvent aisément par là gagner le tympan.

6. Gomperz. — **Sur le traitement des adhérences de l'oreille moyenne.** — L'auteur commence par dire que c'est à Politzer que revient le mérite du traitement opératoire de ces lésions ; quant à lui, dès 1895, il a décrit une méthode qui prévient le retour des adhérences après le détachement du manche du marteau.

Le premier malade soigné par G. était un homme de 37 ans devenu sourd étant enfant à la suite d'une scarlatine et d'une otorrhée double.

A droite, perforation centrale étendue, il ne reste plus qu'un étroit liseré du tympan ; montre perçue seulement au contact chuchotement perçue à 50 cm. A gauche, le tympan est détruit presque totalement, sauf le coin qui supporte le manche du marteau. Celui ci adhère à la paroi labyrinthique par du tissu cicatriciel rigide, tandis que l'on voit dans la région postéro-supérieure l'articulation incudo stapédiale intacte. Pas de sécrétion, on entend la montre à 3 cm, la voix chuchotée à 60 cm. Les douches d'air n'apportèrent aucune amélioration. Pensant que l'étrier était fixé dans la fenêtre ovale, G. décida de détacher le manche du marteau, et sectionna la menbrane cicatricielle épaissie puis traça avec le couteau à paracentèse un cercle autour du manche du marteau qu'il finit par détacher avec le synéchotôme de la paroi interne de la caisse. L'opération pratiquée sous la cocaïne fut presque indolore et entraîna une hémorragie tellement insignifiante

que l'auteur put entreprendre aussitôt la seconde partie de l'intervention.

G. avait préparé une plaque de celluloïde épaisse de 0.20 millimètres dite papier celluloïd, ayant l'aspect de l'ivoire poli, il en tailla une bande de 3cm. 1/2 de long, de un 1 millimètre de large aux extrémités et 4 millimètres au milieu.

G. rapprocha les extrémités recourbées de façon à former un ruban de Reil, le saisit avec une pince de Politzer et l'introduisit à travers un large spéculum dans la caisse jusqu'au-dessous de l'enclume, de sorte qu'en comprimant légèrement la partie supérieure, la portion médiane pénétrait entre l'extrémité du manche du marteau et le promontoire; alors G. détacha les extrémités de la bande élastique adhérentes à la paroi antérieure et postérieure du conduit auditif. Par ce moyen, la bande n'irrita pas les sinus qu'elle touchait.

Le malade supporta facilement cet appareil; en huit jours l'écoulement avait disparu, et lorsque 14 jours après G. enleva les croûtes engendrées par la sécrétion et l'iodol pulvérisé et fit des lavages, il trouva la partie cachée par le celluloïd cicatrisée, et le manche du marteau indépendant de la paroi interne de la caisse. Le résultat fonctionnel fut très satisfaisant; sitôt après l'opération l'audition monta de 60 cm. à 4 mètres pour le chuchotement, pour redescendre ensuite à 3 m. Cette distance persistait encore en 1899, c'est-à-dire cinq ans après l'intervention ainsi que l'auteur le constata lorsqu'il entreprit de cautériser à l'acide trichloracétique le bord de la perforation pour obtenir son occlusion par du tissu cicatriciel.

Le manche du marteau ne s'était pas ressoudé.

G. employa le même procédé chez un docteur en droit qui lui fut adressé le 22 février 1898, par le Dr F. Fickeis auriste à Linz. Le malade âgé de 30 ans, fortement anémié et faiblement constitué, a des sommets douteux, il est devenu sourd étant enfant à la suite d'une otorrhée bilatérale.

A droite, le tympan est complètement détruit, la chaîne des osselets est absente; le chuchotement n'est perçu qu'à 15 cm; pas de suppuration. A gauche, le tympan est détruit jusqu'au segment supérieur qui porte le manche du marteau qui était fortement attiré à l'intérieur et soudé à l'enclume avec le promontoire par du tissu cicatriciel. Le revêtement de la caisse est cicatriciel, épidermisé. Des granulations occupent l'espace postéro-supérieur; suppuration modérée. Le chuchotement était entendu à 20 cm.

Le 17 mai, grâce au traitement institué par le Dr Fickeis, l'o-

torrhée gauche était enrayée, et on pouvait suivre sur la région postéro-supérieure les contours de l'articulation incudo stapédienne. L'audition pour le chuchotement atteignait 25 cm. Le 25 novembre 1898, la parole était perçue à 3 m. Le malade gêné dans son existence par sa surdité accepta une intervention énergique et G. effectua la section de la synéchie par le moyen décrit ci-dessus avec insertion d'une plaque de celluloïd entre le marteau et le promontoire. L'audition monta aussitôt à 8 m. pour la voix mi haute et le malade repartit satisfait.

Cet état se maintint jusque dans l'été de 1899, époque à laquelle on excisa la lame de celluloïd qui était demeurée en place sans provoquer la moindre irritation.

A partir de ce moment, l'audition s'abaissa progressivement mais fut améliorée par l'introduction d'un tympan artificiel.

Le 17 avril 1900, G. vit le malade pour la dernière fois et constata que le manche du marteau était dégagé et dans une position normale. L'audition pour la parole qui était tombée à 3 m. atteignit 12 m. après que G. eut introduit des bourdonnements d'ouate imbibés d'huile vaselinée. Le malade qui est très intelligent apprit à appliquer ce tympan artificiel ainsi qu'un tympan d'acide borique ; il supporte bien ces prothèses et son ouïe s'améliore toujours.

Il est donc indubitable que la méthode de Gomperz empêche d'une manière permanente la soudure du marteau détaché de la paroi labyrinthique.

Pour bien apprécier la méthode, G. s'en est servi dans les cas où la suppuration était totalement tarie et lorsque le bord de la perforation était cicatrisé par des cautérisations. Il rapporte quelques observations démontrant la valeur de cette méthode de traitement combinée.

1. Mme F. B., âgée de 50 ans, consulte l'auteur le 30 novembre 1896 pour une surdité ancienne. A droite G. trouve une perforation ovale occupant presque toute la moitié antérieure du tympan, le marteau pénétrant dans la périphérie postérieure.

Le marteau adhérait par du tissu cicatriciel à la paroi interne de la caisse. La montre n'était pas entendue et la voix criée contre l'oreille seulement. Après l'ablation du pus épaissi envahissant l'oreille gauche, on trouva le tympan détruit. Montre O. Parole, 70 cm.

G. dégagea du côté droit le manche du marteau, tandis qu'il introduisait en avant le ténotome de Schwartze et détachait les masses de tissu conjonctif.

Ensuite, G. inséra entre le manche du marteau et le promontoire une lame de celluloïd mesurant 3 millimètres de large sur 4 millimètres de long, dont l'extrémité antérieure était recourbée à angle droit et l'y laissa séjourner jusqu'au 1er décembre, date à laquelle il commença à cautériser à l'acide trichloracétique le bord de la perforation.

Le 23 janvier 1897, après huit cautérisations, la perforation était close, et l'audition atteignait 25 cm. pour la montre et 14 pour le chuchotement, et la malade pouvait converser sans l'aide de son mari qui lui était indispensable auparavant.

2. J. G. âgé de 48 ans alors, soigné par Gomperz depuis le 16 août 1889. Depuis son enfance, à la suite d'une scarlatine, il était affecté d'otorrhée bilatérale et de surdité et l'auteur avait noté : « Destruction bilatérale, acoumètre de Politzer 22 cm. à droite, 2 cm. à gauche. » Le 3 septembre 1889, la suppuration céda à des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent à 5 °/₀ et l'acoumètre fut perçu à 6 cm. à droite et à 16 cm à gauche. En 1891, G. soigna à deux reprises le malade pour des récidives de suppuration qui guérirent par l'acide borique.

Il fallut renoncer à l'apposition de tympans artificiels, que le malade ne pouvait supporter. Le 18 septembre 1897, G. fut de nouveau appelé pour l'otorrhée et l'abaissement de l'audition qui rendait les rapports sociaux difficiles.

Oreille droite. — Le tympan est presque totalement détruit, de sorte que l'on distingue à la partie postéro-supérieure l'articulation incudo-stapédienne, et à la partie postéro-inférieure, la niche de la fenêtre ronde. Le manche du marteau subsiste, mais il est fixé par un ligament allant de l'enclume au promontoire. Muqueuse rouge-jaunâtre suppurante. Suppuration insignifiante. Chuchotement à 5 cm ; aucune amélioration par la douche d'air.

Oreille droite. — Destruction du tympan, sauf dans la région supérieure qui porte la courte apophyse du marteau, tandis que le manche du marteau fait défaut, de même que la longue apophyse de l'enclume ; l'étrier se meut librement dans la fenêtre ovale. Chuchotement à 40 cm. G. conseilla le dégagement du manche du marteau. Après la cessation de la suppuration, G. pratiqua l'opération le 19 octobre 1897 et introduisit une lame de celluloïd. Au cours de l'intervention, le malade eut une syncope, mais il se ré- rétablit promptement et dès le 6 novembre on put retirer le celluloïd.

Huit jours avant, G. avait recommencé à cautériser à l'acide trichloracétique le bord de la perforation et au bout de neuf séances,

le tympan était complètement cicatrisé et l'audition atteignait 13 m. pour le chuchotement. Ce résultat s'est maintenu, attendu que lors du dernier examen, le chuchotement était perçu à 12 m. et même à 17 m. après la douche d'air. Le malade a pris la direction d'une banque et cause facilement avec les clients et le public.

Les indications de la méthode de G. sont les suivantes : dans tous les cas d'adhérence du marteau, lorque le manche est séparé d'une grande perforation par un espace antérieur ou postérieur, ou pénètre dans une perforation plus étendue, c'est-à-dire en cas de perforation centrale ou ovale et de destruction du tympan. Dans ces cas on réussit à séparer les surfaces de la plaie par des lames de celluloïd.

L'intervention sera contre-indiquée en cas d'adhérence du tympan à la paroi interne de la caisse, où il n'y aura aucune chance de libérer, en même temps que le manche du marteau, l'articulation incudo-stapédienne. Pour les cas de ce genre, Grunert a recommandé, en 1897, un procédé consistant à sectionner le muscle tenseur du tympan après avoir détaché le manche du marteau, et à prolonger autant que possible vers le bas le détachement du manche du marteau avec une sonde recourbée.

Toutefois, G. a constaté que ce moyen provoque des déchirures, et des luxations de la capsule de l'articulation incudino-malléaire et le résultat fonctionnel ne dépasse pas 1 m. pour le chuchotement. Les bourdonnements d'oreille ont été améliorés chez deux malades.

En cas d'adhérences superficielles du tympan à la paroi interne de la caisse, il ne reste plus qu'à effectuer l'excision du tympan avec le marteau et l'enclume préconisée d'abord par Kessel, puis par Schwartze, Sexton et Stacke.

Les nombreuses opérations radicales pratiquées pendant ces dernières années ont démontré que si elles amélioraient la conduction du son, elles n'influaient nullement sur le pouvoir auditif, de sorte que G. ne conseille l'ablation du marteau et de l'enclume que si la conduction des os de la tête est conservée et au cas où le dégagement de l'étrier assure une meilleure perception labyrinthique.

On choisira le procédé qui offrira le plus de garanties au sujet du dégagement de l'étrier après guérison, c'est-à-dire la méthode de Stacke consistant à libérer l'antre et la plastique du conduit auditif, afin d'assurer l'épidermisation et le maintien de l'ouverture de l'aditus.

G. est d'avis qu'il faut intervenir le plus tôt possible pour conserver l'audition.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 5 avril 1900 (1).

Président : Prof. O. Chiari

Secrétaire : Dr Hanszel

1. Hajek. — **Paralysie récurrentielle droite complète** ; la corde vocale demeure constamment immobile ; tandis que pendant la phonation la corde gauche dépasse la ligne médiane pour se rapprocher de sa congénère.

Ce cas ne présenterait rien d'extraordinaire si Grossman n'avait pas affirmé dans son article sur la paralysie récurrentielle que jamais on ne rencontre la corde vocale dans la position cadavérique sur le vivant, assertion absolument démentie par l'observation actuelle.

Discussion.

Grossmann trouve l'expression de position cadavérique mal adaptée au malade de Hajek.

Chiari jusqu'ici n'a vu aucune différence entre la situation des cordes vocales dans la paralysie récurrentielle sur le vivant et sur le cadavre.

2. Fein. — **Traitement de la pachydermie laryngée typique par une solution alcoolisée d'acide salicylique.** — Malade de 62 ans, toussant et très enroué, soigné à la Polyclinique générale depuis septembre 1898, pour des tumeurs des cordes vocales qui furent reconnues à l'examen histologique pour de la pachydermie.

Pendant plusieurs mois, le malade fut soumis à des badigeonnages avec une solution alcoolisée à 10 % d'acide salicylique qui

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 21 mai 1900.

donnèrent de si heureux résultats qu'au bout d'un an les cordes vocales ne présentaient plus qu'un léger épaississement. La voix est claire et les troubles subjectifs se bornent à une sensation de chatouillement dans le cou probablement imputable à une pharyngite.

Le médicament est bien supporté, non irritant ; seul Dundas Grant l'a employé après l'ablation de papillomes.

Discussion.

Ostersetzer a vu soigner à la clinique de Hajek des cas de pachydermie et de nodules des chanteurs par des applications d'acide salicylique.

Chiari n'a pas toujours été satisfait du résultat final de ce mode de traitement.

Réthi fait remarquer que les bourrelets pachydermiques peuvent régresser spontanément, mais moins rapidement que par le procédé qui vient d'être décrit, mais il a vu un bourrelet disparaître en totalité au bout de 2 ans et demi. Il est indéniable que les badigeonnages à l'acide salicylique exercent une action bienfaisante puisque le bourrelet droit s'est notablement atrophié après trois mois de traitement.

La fin de la séance a été occupée par une discussion de la théorie de Grossmann sur la fonction du muscle crico-thyroïdien qui serait trop longue à reproduire ici.

Séance du 3 mai 1900 (1).

Président : Dr Roth

Secrétaire : Dr K. Müller

1. Ebstein montre un compresseur pour arrêter les hémorrhagies consécutives à l'amygdalatomie, imaginé par le Dr M. Depangher, de Trieste.

(1) D'après la *Wiener klin. Woch*, 23 juin 1900.

Discussion.

L. Réthi ne trouve pas cet instrument préférable à celui de Mikulicz.

M. Hajek se sert de préférence des pinces de Péan pour enrayer l'hémorrhagie.

2. Ebstein. — **Empyème des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal avec carie tuberculeuse étendue de ce dernier. Mort.** — Malade de 25 ans, atteint depuis quatre ans de suppuration de la fosse nasale gauche et de maux de tête, opéré à plusieurs reprises, entra, le 21 février, dans le service, pour un ramollissement du sommet gauche et bacilles tuberculeux dans les crachats, empyème des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal. Le tiers antérieur du cornet moyen manquait, le méat moyen antérieur était revêtu d'une muqueuse lisse.

Par la rhinoscopie postérieure on reconnut que l'écoulement du pus se faisait par le méat nasal supérieur.

Le traitement consista d'abord à exciser les granulations sises sur la portion postérieure du méat nasal moyen et sur la partie restante du cornet moyen. Les cellules ethmoïdales laissèrent échapper un flot de pus; il en sortit aussi du sinus sphénoïdal dont la face antérieure était érodée. L'odeur du pus était l'indice d'une nécrose osseuse.

A partir de la mi-mars, l'état des poumons s'aggrava et, à la fin du mois, on retira de la région sphénoïdale un fragment d'os mesurant 2 centimètres de long et 1 centimètre de large. La suppuration, l'odeur et la céphalalgie cessèrent alors.

Dans les premiers jours d'avril, le malade se plaignit de douleurs dans la région cervicale et de gêne en remuant la tête qui allèrent toujours en augmentant. Le 16 avril, il rendit ses aliments et à l'examen on reconnut que la muqueuse de la paroi pharyngée postérieure était très rouge. Le malade succomba le 19 avril à une paralysie cardiaque.

A l'autopsie, on trouva une carie tuberculeuse du sphénoïde qui était traversé par des masses caséeuses, une suppuration sphénoïdale et des cellules ethmoïdales, un phlegmon rétro-pharyngien fétide. Pachyméningite débutante dans la fosse crânienne postérieure.

Discussion.

M. Hajek. — Ces cas de tuberculose des os et de la muqueuse des sinus sont fort rares.

Weil se demande si le phlegmon pharyngien et l'infection n'ont pas été provoqués par les lésions survenues lors de l'ablation du séquestre et si on ne s'en est pas aperçu à l'autopsie.

Ebstein. — Les cellules ethmoïdales antérieures étaient indemnes. Comme il s'agissait de tuberculose, il peut se faire que l'extraction du séquestre ait activé les progrès du mal.

Réthi appelle l'attention sur la rareté des cas de tuberculose des sinus; on en connaît seulement seize observations dont neuf de tuberculose du sinus maxillaire et une du sinus frontal. Dans 6 cas, dont deux ont été vus par Réthi, on avait affaire à une tuberculose osseuse, combinée cinq fois avec l'empyème; trois malades ne présentaient pas d'altérations osseuses, mais on trouve des bacilles tuberculeux dans le pus. On n'a encore jamais rencontré de tuberculose du sinus sphénoïdal.

3. K. Müller présente une **tumeur dermoïde du voile palatin qu'il a retirée à un malade âgé de 37 ans.**

Séance du 7 juin 1900 (1).

Président : Prof. O. Chiari

Secrétaire : Dr Biehl

1. Falb. — **Paralysie de la langue, du palais et du larynx.** — Malade de 57 ans, ne présentant aucune tare, ressentit il y a quatre ans des altérations de l'audition du côté droit et perdit le goût. Il y a dix-huit mois, il éprouva de la difficulté à parler, puis accusa des douleurs de la moitié gauche du larynx qui disparurent presque complètement pour ne reparaître qu'incidemment pendant la nuit. Ensuite survinrent l'enrouement et des troubles de la déglutition.

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 5 juillet 1900.

Le 14 mai 1900, le malade entre dans le service du Prof. Chiari. A l'examen rhinoscopique, on constate une atrophie bilatérale de la muqueuse nasale. A droite, dans la région du cornet moyen, on voit une tumeur grosse comme une noisette, et après ablation à l'anse froide, on reconnut une hypertrophie avec quelques parties œdématiées.

La portion gauche de la langue est fortement atrophiée et la langue remue difficilement.

Dans le pharynx, la moitié gauche du voile palatin pénètre profondément et demeure immobile durant la phonation.

Rien d'anormal du côté du pharynx nasal.

L'extérieur du larynx est normal. Au laryngoscope on voit que l'épiglotte est rétractée un peu en arrière, à gauche. Le cartilage aryténoïde et la corde vocale gauche sont complètement immobilisés, la dernière est fortement excavée et dévie un peu de la ligne médiane. La corde vocale droite légèrement atrophiée est un peu excavée, mais elle se meut librement entre la position médiane et l'inspiration. A gauche, les mouvements ne dépassent pas la ligne médiane et la glotte ne peut se fermer pendant la phonation, aussi le malade a-t-il une voix rauque.

Il s'agit donc d'une *paralysie récurrentielle gauche*. La sonde provoque la sensibilité des deux côtés, mais moins à gauche, et l'épiglotte est moins influencée que l'intérieur du larynx. Il existe aussi de l'hyperesthésie dans la région des deux nerfs laryngés supérieurs.

La trachée n'offre rien de particulier.

Quant au système nerveux, les troubles psychiques font défaut. Le malade est, il est vrai, d'une intelligence bornée.

Voix nasonnée, difficile à comprendre.

Le goût est aboli, mais peut-être doit-on attribuer l'anosmie à une rhinite atrophique.

Acuité visuelle, fonction des muscles oculaires et fond de l'œil normaux.

Sensibilité cutanée intacte dans la région du trijumeau. Le nez, la bouche et le pharynx sont également assez sensibles. La portion motrice du trijumeau est intacte.

A propos du facial, le malade ne peut ni siffler, ni souffler, mais l'inaptitude de sa langue en est sans doute la cause, et quant à la paralysie palatine on ne peut l'attribuer au facial.

L'issue de salive à travers la bouche provient des troubles de la déglutition, les lèvres se fermant rapidement. Toutefois la lèvre supérieure est faible, et il se peut que le facial soit légèrement al-

téré des deux côtés. Aucune atrophie de la musculature faciale et des lèvres en particulier.

L'examen électrique fournit un résultat normal.

La surdité droite dépend d'une cicatrice tympanique et non d'une lésion de l'acoustique.

Paralysie unilatérale du voile par suite de laquelle les aliments et les liquides envahissent aisément le nez. Déglutition pénible. Paralysie du récurrent gauche. Abaissement de la sensibilité des deux nerfs laryngés supérieurs. Le malade avale souvent de travers. Pouls légèrement arythmique.

Les muscles sterno-cléido-mastoïdien fonctionnent régulièrement.

Les troubles de la motilité du côté atrophié de la langue, les lésions de la parole et de la déglutition sont si accentuées, que nous admettons une altération bilatérale de l'hypoglosse.

Pas de troubles vaso-moteurs, ni de la sécrétion.

Organes internes normaux ainsi que l'urine. Artério-sclérose modérée.

Il est plus que probable que cette affection est d'origine spécifique.

2. Chiari montre deux boutons qu'il a retirés du nez d'un enfant de 5 ans au moyen d'une pince à polypes. Ces corps étrangers après un assez long séjour avaient fini par déterminer une odeur fétide.

La veille, C. avait enlevé de la narine gauche d'une fillette de 3 ans 1/2 un corps étranger rond enclavé depuis plusieurs mois et qui avait ainsi provoqué un écoulement fétide et une hémorrhagie.

Ces corps étrangers avaient été introduits à l'insu des parents.

3. Chiari préconise la laryngofissure avec anesthésie par le procédé de Schleich pour l'ablation des tumeurs, qui lui a réussi chez deux malades et qui offre moins de dangers que la chloroformisation.

4. Weil montre une pièce anatomique de **carcinome nasal épithélial pédiculé** qui avait une consistance molle comme du beurre. La récidive étant survenue, au bout de quelques mois, le malade accepta l'intervention radicale, mais il succomba ultérieurement aux suites d'un cancer du toit pharyngien.

Séance du 8 novembre 1900 (1).

Président : Prof. O. CHIARI

Secrétaire : Dr HANSZEL

1. H. KOSCHIER a pu, grâce à l'amabilité du Prof. Monti, examiner récemment une série d'enfants atteints de **sténoses post-diphthériques du larynx et de la trachée**, sur lesquels il a pratiqué des opérations.

I. L'une d'elles concerne une enfant de 5 ans qui, le 21 octobre 1898, en mangeant sa soupe, fut prise d'étouffements et s'enroua. La mère porta la fillette à un hôpital infantile où on admit la présence d'un corps étranger qu'on tenta vainement d'extraire avec divers instruments, puis l'enfant fut renvoyée chez elle. Dans la nuit, son état s'aggrava et on la ramena le lendemain matin au même hôpital où l'on diagnostiqua une diphthérie que l'on traita par le tubage. Au bout de quelques jours, l'enfant fut renvoyée sans amélioration.

Quelques jours après, elle revint et fut de nouveau soumise à l'intubation, elle sortit le 14 novembre, toujours enrouée et oppressée.

Le 21 novembre, l'enfant fut amenée à la Polyclinique où on reconnut un abcès du cou. Au laryngoscope on constata une vive rougeur du larynx, une tuméfaction du ventricule gauche, présentant une tache gris jaune à sa portion antérieure. Incision de l'abcès qui fut suivie du rétablissement de la respiration.

La fillette alla bien jusqu'en octobre 1900, mais, à cette époque, la dyspnée reparut si violente qu'elle revint à la polyclinique.

La portion supérieure du larynx était normale, mais, à la partie supérieure de la trachée, on voyait deux gros bourrelets, partant des parois latérales et obstruant la lumière. La sténose empêchait de distinguer les parties profondes de la trachée. Il s'agissait d'un rétrécissement consécutif à l'intubation pratiquée deux ans auparavant pour la diphthérie.

Le 8 octobre, l'enfant fut anesthésiée. Incision de la peau depuis l'incisure thyroïdienne jusqu'à la jugulaire, on détache la glande thyroïde, ligature double et section de l'isthme et ouver-

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 20 décembre 1900.

ture de la trachée dans toute sa longueur. K. trouva alors enclavé dans un bourrelet de la trachée le corps étranger qui était un morceau de carcasse de canard de forme triangulaire. Après cette ablation, les granulations furent excisées et la base cautérisée au thermocautère. Introduction d'une canule et suture de la plaie. On put enlever la canule au bout de quelques jours et actuellement la fillette est rétablie.

Le diagnostic de diphthérie était faux, on avait pris pour des membranes et des dépôts diphthériques les écorchures et les dépôts provoqués par l'introduction répétée d'instruments à la surface du pharynx et du larynx. On peut admettre que le corps étranger était situé d'abord dans le larynx et que c'est le tube à intubation qui l'a projeté dans la trachée où il avait séjourné presque deux ans sans causer d'accidents.

II. Garçon de 15 ans, qui vint consulter pour la première fois à la Polyclinique, le 3 mars 1900. A l'examen, on reconnut l'existence d'une tumeur obstruant toute la narine droite et qu'on opéra par la voie endo-nasale à deux reprises.

Au commencement de juin, la fosse nasale droite était oblitérée par une tumeur issue de la région du cornet moyen qui fut déclarée cancéreuse à l'examen histologique. Une quatrième récidive nécessita l'intervention radicale qui fut pratiquée le 22 août par le procédé de Langenbeck et réussit parfaitement.

Pour empêcher une nouvelle récidive du carcinome nasal, l'auteur a l'intention d'effectuer une hétéroplastie avec du celluloïd.

III. **Empyème tuberculeux du maxillaire supérieur** observé chez une malade qui se présenta le 2 mai 1900 à la Polyclinique avec des symptômes d'empyème de l'antre d'Highmore gauche, survenus à la suite de l'extraction d'une dent. Ouverture de l'antre à travers l'alvéole.

Au premier examen, K. reconnut que la sonde pénétrait dans deux conduits, l'un aboutissant latéralement à la joue, et l'autre se dirigeant vers la ligne médiane. L'orifice latéral rendait beaucoup de pus, tandis qu'il fallait une quantité minime d'eau à travers l'ouverture naturelle de la fosse nasale. Le lavage par l'autre conduit rendait au contraire une faible quantité d'eau mais l'eau s'écoulait abondamment par le nez. Avec la sonde on rencontrait des os cariés dans l'orifice fistuleux. La malade ayant été soignée pour une carie osseuse, dans le service d'Albert, on conclut à une tuberculose du maxillaire supérieur.

Anesthésie par la méthode de Schleich et agrandissement de l'orifice dans la direction de la fosse canine suivi du curettage des

granulations remplissant l'antre d'Highmore et de l'ablation d'un séquestre mesurant environ 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large et provenant de la paroi latérale de la cavité. A l'examen histologique des granulations, on trouva des bacilles tuberculeux.

La tuberculose des sinus est assez rare et elle aboutit généralement à la nécrose osseuse.

Discussion.

Hemdl a eu l'occasion d'observer la dernière malade de Koschier et il est d'avis qu'il s'agit d'une tuberculose du processus alvéolaire du maxillaire supérieur avec propagation au sinus maxillaire.

L. Réthi. — La tuberculose des sinus est extrêmement rare, je n'en ai réuni que 11 cas, 9 concernant l'antre d'Highmore, 1 le sinus frontal et le dernier le sinus sphénoïdal. Dans 6 cas, les os étaient affectés.

Hanszel, à propos de la première observation de Koschier, dit qu'on a rapporté dernièrement à la Société de médecine de Prague un cas où après l'aspiration d'un corps étranger on vit se développer la diphthérie. Le tubage réussit et l'enfant guérit, mais au bout de plus d'une année, il eut des troubles respiratoires, on fit la trachéotomie et on trouva le corps étranger (instrument avec lequel l'enfant imitait le chant d'un oiseau) dans l'espace sous-glottique.

Grossmann reçut, il y a quelques mois, la visite d'une femme qui se plaignait d'avoir avalé un morceau d'os; elle était enrouée, respirait difficilement et souffrait d'une sténose violente. Au laryngoscope, on distingua, à la hauteur du second anneau trachéal, un corps étranger blanchâtre, bullant, partageant la trachée en deux. Après cocaïnisation, on tenta l'ablation du corps étranger avec une pince laryngienne, mais au premier contact, il disparut sans laisser de traces et, avec lui, la raucité, les troubles respiratoires et la sténose.

Toutefois, je pratiquai la radiographie, mais sans résultat. Au bout de deux mois, la malade eut une violente quinte de toux au cours de laquelle elle rejeta le corps étranger spontanément. Il avait été délogé par la pince et était tombé dans le fond où on ne le distinguait plus.

4. Biehl. — **Carcinome primitif du nez.** — Le malade ressentit

durant l'automne de 1899 des symptômes progressifs d'obstruction nasale, et on lui enleva à plusieurs reprises des polypes du nez, opérations qui entraînèrent des hémorrhagies abondantes. B. vit le malade en février 1900, la fosse nasale droite était bourrée de masses de tissu mou, spongieux, d'un gris blanchâtre, saignant facilement au toucher. A l'examen microscopique on reconnut un cancer épithélial pavimenteux.

La voûte palatine portant une petite perforation, les masses cancéreuses avaient commencé à envahir le pharynx nasal, aussi dut-on renoncer à intervenir. Six semaines après son entrée à l'hôpital, le malade était devenu complètement aveugle et la voûte palatine était envahie par la tumeur. Les dents avaient changé de place. Mort au mois d'octobre.

Le résultat de l'examen anatomo-pathologique fut : carcinome nasal éxulcéré progressif de la base du crâne, de la voûte palatine, de l'os frontal. Bronchite purulente. Marasme généralisé.

5. O. Chiari. — **Angiofibrome naso-pharyngien** excisé le 25 octobre 1900 chez un jeune homme de 17 ans, qui, huit jours avant son entrée à la clinique, avait eu des vomissements de sang accompagnés d'obstruction nasale et d'épistaxis. Quatorze jours auparavant il avait eu d'abondantes hémorrhagies naso-pharyngiennes et même reçu les derniers sacrements. Le 24 octobre, le malade très anémié se présenta à la consultation de Chiari qui constata une procidence du voile palatin produite par une tumeur lisse en forme de poire, remplissant presque totalement la cavité rhino-pharyngienne et se prologeant au-dessous du voile.

La tumeur pénétrait aussi dans la narine droite et avait l'aspect d'un polype.

Le 25 octobre, après cocaïnisation, on retira avec le serre-nœud galvanocaustique la portion de la tumeur sise derrière le voile. Le courant électrique vint à manquer subitement, Chiari introduisit alors l'index gauche derrière la tumeur et l'excisa dans sa totalité. L'hémorrhagie fut rapidement enrayée par le tamponnement avec la sonde de Bellocq. La choane droite était très hypertrophiée. Retrait du tampon le 27 octobre.

Le 28 on reconnut par la rhinoscopie postérieure que le tiers postérieur du cornet moyen droit et la partie voisine du bord de la choane étaient le point de départ de la tumeur. Le malade se rétablit lentement ; à l'examen histologique, on reconnut un angiofibrome.

Chiari fait ressortir l'intérêt de la gravité des hémorrhagies pré-

opératoires vis-à-vis de l'insignifiance de celles qui suivirent l'ablation de la tumeur.

Discussion.

WEIL rappelle qu'il a parlé il y a deux ans d'un gros polype naso-pharyngien dont la base n'était pas très large. Le meilleur traitement consiste dans l'extirpation totale.

ROTH recommande de pratiquer l'avulsion au point le plus étroit, afin de ne pas s'exposer aux hémorrhagies abondantes.

SCHEFF se souvient d'avoir opéré à l'hôpital un cas analogue à celui de Chiari il y a une vingtaine d'années. Il s'agissait d'un polype naso-pharyngien très volumineux qui fut excisé avec le serre-nœud de Desault alors en usage, sans qu'on observât d'hémorrhagie.

6. EBSTEIN. — **Deux cas de granulomes de la trachée apparus longtemps après l'enlèvement de la canule.** — I. Malade trachéotomisé à Presbourg le 7 mai 1900, pour un œdème de la glotte consécutif à un abcès de la base de la langue. Extraction de la canule au bout de quatre jours. Rétablissement de la respiration, qui quinze jours après s'embarrassa et obligea le malade à venir consulter à la clinique le 3 avril.

On remarque sur la paroi trachéale antérieure une tumeur rougeâtre, de la dimension d'une noisette, à surface bosselée. On diagnostiqua un granulome. En raison de la gêne respiratoire, on excisa la tumeur avec une pince coupante.

II. Fillette de 4 ans, qui subit la trachéotomie pour la diphthérie, le 14 avril 1900. Au bout de cinq jours on enleva la canule. Vers la mi-mai, la mère remarqua que la respiration était pénible et le sommeil agité, et, au commencement d'août, l'enfant eut un accès de dyspnée qui se répéta plus violemment à la fin du même mois. Dans son trouble, la mère donna à la fillette deux cuillerées de pétrole pour arrêter la toux.

L'enfant fut apportée à la clinique. La respiration était nettement stridoreuse. On vit une tumeur grosse comme un pois, d'un rouge pâle, sur la paroi trachéale antérieure ; on avait affaire à un granulome qui avait atteint en quatre mois son volume actuel.

Après cocaïnisation du larynx et des portions supérieures de la trachée, E. sépara la tumeur en deux avec une pince coupante et la respiration se rétablit aussitôt.

Ces cas de granulomes sont assez rares et il faut les extirper soit par la voie endo-laryngienne, soit par la trachéo-fissure.

Discussion.

GROSSMANN. — Ce sont plutôt les chirurgiens que les laryngologistes qui observent les granulomes consécutifs à la trachéotomie et au port de la canule. Des médecins français ont été les premiers à les signaler à la suite du croup et de la diphthérie. Plus tard, des chirurgiens allemands : Simon, Koch et l'école de Czerny, se sont occupés de la question. Bien avant, Billroth avait signalé un cas de ce genre. J'en ai cité un dans ma monographie sur les *sténoses trachéales*. Au cours d'un voyage d'affaires à Paris, mon malade eut un violent mal de gorge accompagné de troubles de la déglutition et de la respiration. Il fit appeler Fauvel qui conseilla des applications de glace, des sangsues, des scarifications. L'amputation de la luette étant demeurée inefficace, de Saint-Germain pratiqua la trachéotomie. La maladie, baptisée *angine phlegmoneuse*, guérit rapidement, le malade fut décanulé au bout de douze jours. Quand j'examinai le malade à son retour, sauf le moignon de la luette, il ne présentait plus trace de l'affection pharyngo-laryngienne. La plaie trachéale externe était presque totalement oblitérée. Toutefois, deux jours après des troubles respiratoires se manifestèrent, et à la place de l'orifice interne de la plaie on vit des granulations ayant l'aspect de bouchons de champagne.

La gêne de la respiration était supportable quand le malade était éveillé, mais pendant le sommeil, elle était impossible.

La dyspnée atteignait un degré tel que le visage du malade prenait une teinte livide.

Je proposai une intervention endo-laryngienne qui fut repoussée et en l'espace de deux ou trois jours les granulomes s'atrophièrent spontanément. Trois semaines après, la respiration était redevenue normale.

Séance du 6 décembre 1900 (1).

Président : O. CHIARI

Secrétaire : K. MÜLLER

1. HARMER. — **Observation de croup primitif du larynx et de la trachée.** — La malade, âgée de 20 ans, présenta, le 5 novembre 1900, de l'enrouement auquel vinrent s'ajouter la toux et des accidents

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 3 janvier 1901.

respiratoires. Des crises dyspnéiques la forcèrent à entrer à l'hôpital le 12 novembre.

La face est cyanosée, la respiration stridoreuse, les muscles du cou tendus. Inspiration pénible. Nez, pharynx nasal et pharynx normaux.

Au laryngoscope, l'aditus semble injecté, les cordes vocales rouges, la muqueuse humide, lisse, brillante. Sous les cordes vocales, deux bourrelets rouges font saillie de la muqueuse sous-glottique. L'espace laryngé inférieur est obstrué par une membrane d'un blanc grisâtre qui se meut pendant la respiration.

La gêne respiratoire nécessitait une intervention d'urgence : les lavages et les inhalations demeurèrent sans effets, une tentative d'extraction de la membrane avec une pince échoua, la malade ne pouvant tolérer la cocaïne. Comme elle asphyxiait, il fallut la trachéotomiser, puis introduire des bougies de Schrœtter. La respiration redevint alors normale et les membranes disparurent en l'espace de quelques jours. On avait eu affaire à une forme très bénigne de croup primitif de la trachée.

2. Harmer. — **Glossite profonde avec formation d'abcès.** — Origine inconnue ; affection aiguë, accompagnée de fièvre, de vives douleurs et de prostration. Des incisions répétées ne firent pas sortir de pus. Mais le troisième jour, une incision à 6 centimètres de profondeur dans la région postérieure du bord latéral de la langue fit découvrir une cavité abcédée qui livra passage à une grande quantité de pus.

L'affection offrait une grande analogie avec l'angine de Ludwig.

Discussion.

Roth a observé 1 cas du même genre où l'abcès siégeait très en arrière à la base de la langue. R. croit qu'il s'agit d'une infection streptococcique.

Scheff parle de l'ouverture d'un abcès profond de l'amygdale linguale dont l'étiologie est inconnue, l'examen bactériologique n'ayant pas été pratiqué.

3. M. Hajek. — **Sur le canal naso-frontal.** — Ce sujet a été très peu étudié jusqu'ici ; H. montre des préparations sur lesquelles on distingue les divers aspects que peut revêtir ce conduit.

Séance du 10 janvier 1901 (1).

Président : Prof. O. CHIARI

Sécrétaire : Dr HANCZEL

1. EBSTEIN. — **Sclérome des voies aériennes supérieures.** — Ouvrier de 27 ans, d'origine hongroise, atteint depuis un an de troubles respiratoires et de raucité de la voix. Six semaines auparavant, le bougirage du larynx a apporté un peu d'amélioration. La dyspnée croissante force le malade à entrer à l'hôpital.

A la rhinoscopie antérieure, on distingue des deux côtés du bord de la muqueuse des masses grises, faisant saillie sur le plancher nasal, et s'étendant en arc de cercle, depuis le bord inférieur de la conque jusqu'à la cloison. Elles sont fermes et se prolongent à environ 3 centimètres en arrière, de sorte qu'on ne peut distinguer le bord libre du cornet inférieur. Le reste des fosses nasales ne présente aucune altération notable, sauf une suppuration mucopurulente généralisée qui répand l'odeur particulière au sclérome.

Le pharynx buccal est normal. La face postérieure du voile est tellement remontée qu'on ne voit qu'une petite partie des choanes, bien que les parties latérales du nez et le toit rhino-pharyngien ne présentent aucune transformation.

Au laryngoscope, l'épiglotte apparaît hypertrophiée du tiers, sa surface est lisse et d'une coloration normale. Les replis ary-épiglottiques raccourcis rétractent l'épiglotte en arrière de manière à l'attirer vers les cartilages aryténoïdes infiltrés. La coloration gris rougeâtre de cette infiltration se propage aussi aux ventricules et aux cordes vocales bosselés. La corde vocale droite a conservé en partie son aspect normal.

En raison de la gêne de la motilité des cartilages aryténoïdes, les cordes vocales sont écartées de 3 millimètres, ce qui, joint à l'infiltration sous-cordale, provoque la dyspnée.

Le jour de l'entrée du malade on pratiqua très facilement la trachéotomie.

Quatre jours après l'opération, on constata un œdème de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes, imputable à l'irritation entretenue par la canule.

1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 7 février 1901.

2. Harmer. — **Trois cas de rhinosclérome.** — a) Femme de 38 ans, se plaignant depuis trois ans de douleurs dans la gorge et dans le nez. Son larynx présente un aspect atypique. Légère infiltration de la corde vocale droite, dont la surface, comme celle des ventricules, a une apparence bosselée, mais non ulcérée. La moitié droite du larynx est moins mobile ; la partie gauche est absolument libre. Au début, on posa le diagnostic de tuberculose, mais à l'examen du nez, on remarqua des signes caractéristiques : une atrésie concentrique des choanes, une infiltration du plancher nasal. L'examen de fragments extirpés fit admettre l'existence d'un *sclérome*.

b) Jeune fille de 22 ans affectée depuis quatre ans d'une obstruction nasale. Diagnostic facile, les fosses nasales étaient envahies par des infiltrations ne laissant subsister qu'un étroit passage. A la rhinoscopie postérieure, on reconnaît un rétrécissement naso-pharyngien accompagné d'atrophie prononcée du voile palatin. Pas de traces de choanes.

Le Prof. Chiari curetta les fosses nasales en une séance sous l'anesthésie de Schleich, puis dégagea avec le doigt le voile du palais afin d'élargir la voie des choanes, ce qui permit de rétablir la respiration nasale.

Fait intéressant, chez cette malade, en dépit de l'oblitération presque totale du nez par des infiltrations, les parties médianes étaient restées libres.

c) Femme de 31 ans, ayant souffert depuis cinq ans d'accidents respiratoires. Les choanes sont modérément rétrécies ; infiltrations sous-glottiques ; à gauche, bourrelet saillant qui détermine une sténose.

En quelques séances de dilatation avec les bougies de Schrötter, on obtint le rétablissement de la respiration et la disparition de la sténose.

Discussion.

M. Hajek demande ce que l'auteur entend par le « milieu du nez » et comment il pense maintenir la béance des voies respiratoires après le grattage des masses rhinoscléromateuses à la partie antérieure du nez.

Harmer désigne sous ce nom le tiers moyen du nez. Après le curettage, la respiration nasale se rétablira et, s'il y a lieu, on pratiquera ultérieurement un nouveau râclage.

Chiari est partisan de la laryngofissure chez le malade d'Ebs-

tein parce que les bourrelets scléromateux du larynx sont rigides. C. n'a pas souvent pratiqué la laryngofissure dans les cas de sclérome, parce qu'en général la sténose est peu accentuée. Les succès opératoires sont rares lorsque le sclérome tend à récidiver promptement. Souvent l'atrophie ne se dessine qu'au bout de dix ans. C. parle d'un cas de sclérome laryngien opéré par lui, il y a trois ans, à la Polyclinique et qui sembla guéri durant les deux années pendant lesquelles la malade se tuba. Quand elle cessa la dilatation, son état empira, elle voulut reprendre le traitement et on la trouva un jour asphyxiée, ayant en main un tube à intubation.

Koschier relève les succès du tubage progressif dans le sclérome laryngien, il trouve que la laryngofissure n'enraye pas les progrès du mal et ne permet pas l'ablation radicale du tissu scléromateux. Pendant les sept années qu'il est resté à la Clinique laryngologique, il a fait une seule laryngofissure, et, malgré tout, les nombreux cas de sclérome qu'on y soigne ont été tous améliorés sinon guéris ou congédiés sans canule.

Contre le sclérome nasal, la seule thérapeutique appropriée est le grattage.

Weil signale le danger de l'œdème au cours de la dilatation, fait qu'il a observé il y a douze ans à la Clinique de Schrötter. On introduisit aisément des bougies de Schrötter chez une femme d'âge moyen qui fut frappée d'asphyxie quelques heures après la dernière séance. W., qui arriva presque immédiatement, trouva la malade presque morte, cyanosée, les yeux ouverts et ne respirant plus, il fit la cricotomie d'urgence, introduisit une canule, et au bout de trois quarts d'heure de respiration artificielle, la femme reprit ses sens ; huit jours après, on fit la trachéotomie dans les règles.

Koschier croit que l'asphyxie est provoquée chez les scléromateux par la chute des croûtes qui viennent obstruer le larynx ou la trachée.

M. Hajek est aussi d'avis que les croûtes desséchées peuvent oblitérer la glotte.

Ebstein a aussi fréquemment observé des accès de dyspnée dus à la chute des croûtes.

Heindl parle de son article publié dans les *Annales des maladies de l'oreille* où il traitait la question du traitement chirurgical du sclérome laryngien d'après son expérience à la Polyclinique de Vienne dans le service de Chiari et d'après les observations de Pieniazek et Baurowicz. Depuis, ce dernier a publié 100 cas de

sclérome. Il résulte de ces publications que souvent la laryngofissure suivie d'ablation des bourrelets sous-glottiques et de dilatation, abrège la durée du traitement du sclérome.

WEIL dit que chez sa malade, il n'a pas vu de croûtes se former à la suite de la cricotomie et de la trachéotomie consécutive ; il est vrai qu'on a négligé l'examen laryngoscopique.

CHIARI, à propos des indications opératoires et du tubage, dit qu'il a été un des premiers, à Vienne, à préconiser l'intubation aujourd'hui classique dans les cas de sclérome laryngien. Quand elle échoue, il entreprend la laryngofissure.

FEIN attribue la mort subite par asphyxie des malades scléromateux, non seulement à l'œdème laryngien ou à la présence de croûtes, mais au rapprochement des bourrelets infiltrés qui peuvent obstruer l'orifice et provoquer la suffocation.

M. HAJEK trouve cette hypothèse admissible théoriquement.

Séance du 7 février 1901 (1).

Président : Prof. O. CHIARI.

Secrétaire : Dr RONSBURGER.

On procède à la réélection du bureau. Sont élus *président :* Prof. CHIARI ; *vice-président :* Dr ROTH ; *secrétaire :* RONSBURGER ; *trésorier :* SCHEFF ; *bibliothécaire :* EBSTEIN ; *secrétaire des séances :* HARMER, HEINDL et MÜLLER.

1. KOSCHIER présente : 1° **un cas de sténose des voies aériennes supérieures** chez une enfant de 3 ans, affectée d'un kyste de rétention de la dimension d'une noisette dans la vallécule droite. La tumeur provoquait une telle dyspnée qu'il fallut pratiquer la trachéotomie. Le 14 novembre, après une ponction, on extirpa le kyste, la malade sortit guérie le 24 novembre. L'examen microscopique démontra que la paroi du kyste était constituée par de l'épithélium pavimenteux et du tissu conjonctif.

2° **Tumeurs polypoïdes du nez** extirpées le 21 février avec un serre-nœud chez une femme de 45 ans. A l'examen microscopique, on trouva de l'épithélium cylindrique avec dégénérescence muqueuse étendue comme dans les cancers du rectum.

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 28 février 1901.

3° **Cancer épithélial pavimenteux** envahissant toute la moitié droite du larynx, l'épiglotte et le repli pharyngo-épiglottique droit, chez un officier serbe de 37 ans, opéré le 30 janvier par Koschier. Intervention classique, trachéotomie haute, Trendelenburg, laryngo-fissure, pharyngotomie sous-hyoïdienne. Ablation de la moitié droite du larynx et de l'épiglotte. Tamponnement. Suture. Le malade n'a presque pas eu de fièvre, mais il faut attendre pour savoir si malgré l'absence d'épiglotte, il sera en état d'avaler.

4° **Fibro-sarcome nasal** originaire de l'ethmoïde gauche, remplissant les deux narines, l'orbite et le rhino-pharynx et se prolongeant vers le crâne et du côté de la cavité buccale, chez un enfant de 9 ans, opéré le 20 novembre 1900 par Koschier. Incision de Langenbeck. Excision de la moitié gauche du labyrinthe ethmoïdal avec la lame papyracée gauche. Tamponnement. Réunion par première intention. Récidive inopérable vers la mi-janvier. Décès le 5 février.

2. Fein communique l'observation d'un malade de 36 ans, atteint depuis novembre 1899 d'une **paralysie de la corde vocale gauche** Pendant les neuf premiers mois, la corde demeura immobile dans une situation intermédiaire éloignée de 4 millimètres de la ligne médiane ; voix faible, enrouée. Depuis cinq mois, la corde vocale est fixée sur la ligne médiane, la voix est forte et sonore. Etiologie obscure, on exclut la nature rhumatismale ou nerveuse. F. explique ce cas d'après l'ancienne loi de Rosenthal-Semon.

Séance du 7 mars 1901 (1).

Président : Prof. O. Chiari

Secrétaire : Dr C. Müller

1. Fein montre la malade dont il a rapporté l'observation à la dernière séance. La corde vocale gauche, qui, pendant neuf mois était demeurée fixée à 4 millimètres de la ligne médiane, est maintenant depuis six mois immobilisée sur la ligne médiane, à un niveau inférieur à la corde droite et excavée.

La voix qui, auparavant, n'était pas timbrée est actuellement

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 28 mars 1901.

tout à fait normale. A la demande des membres présents, la malade chante une mélodie.

2. HEINDL. — a) **Traumatisme du nez par une arme à feu.** — Diagnostic du siège du projectile dans la zone ptérygo-palatine gauche.

La balle gagna depuis le temporal droit, à travers l'orbite, la portion inférieure de l'ethmoïde droite, puis elle traversa le septum osseux et ressortit de la choane gauche à la hauteur de l'insertion du cornet moyen. Le malade fut adressé à l'auteur quelque temps après sa tentative de suicide, en raison de la suppuration nasale bilatérale et de l'impossibilité de découvrir le projectile par la radiographie. Après nettoyage et cocaïnisation partielle du nez, on vit, des deux côtés de la cloison osseuse, un gonflement de la muqueuse douloureux à la pression et laissant sourdre du pus.

On en découvrit un autre au point d'implantation du cornet moyen gauche, à l'endroit où il pénètre dans les choanes. Petite déchirure de la muqueuse se prolongeant sur le toit de la choane. Avec la sonde, on sent des os cariés. Peu après, on découvrit le projectile, que les chirurgiens extirpèrent de la zone ptérygoïde gauche en avant de la carotide. H. enleva toute la portion postérieure du vomer. Le malade se rétablit.

b) HEINDL montre une pièce de **sténose trachéale consécutive à la syphilis héréditaire** qu'il doit au Prof. Paltauf et à son assistant Sternberg. Il s'agissait d'une fillette de 12 ans et demi, soignée dans le service du Dr Mader, à l'hôpital Rodolphe, pour une toux incoercible avec crises dyspnéiques, d'une intensité toujours croissante. L'auteur pratiqua la trachéoscopie huit jours avant la mort. Les deux cordes vocales étaient dans la position d'adduction quand la malade forçait sa respiration. Elles peuvent s'éloigner au point que la fente glottique atteint 4 millimètres de diamètre. Après des pulvérisations avec une solution de cocaïne à 10 $^0/_0$, l'inspiration devient plus aisée et les cordes vocales s'écartent normalement.

La région trachéale supérieure est libre et parsemée de croûtes. Au-dessus de la bifurcation, sténose trachéale reconnaissable à ce que la pénétration dans la bronche gauche, à peine appréciable, est visible, tandis que celle de la bronche droite est masquée par une tuméfaction de la portion droite de la trachée. Diagnostic : sténose trachéale par gonflement (caséification) des glanglions au point de division des bronches, d'origine spécifique, bien que la malade soit indemne de syphilis et qu'un glanglion inguinal tuméfié décèle plutôt la tuberculose.

Le décès survint rapidement. A l'autopsie, Paltauf découvrit une ulcération trachéale mesurant 0m,25 s'étendant surtout du côté de la bronche gauche.

Sur la paroi trachéale latérale et postérieure droite, on remarquait une infiltration.

Le diagnostic histologique fut : syphilis héréditaire.

3. Chiari. — **Traumatisme du nez par une arme à feu.** — Malade de 61 ans qui s'est tiré, le 18 octobre 1900, un coup de revolver dans la région temporale droite. Il demeura vingt-quatre heures en syncope, l'œil droit est perdu et du sang suinte de la bouche et du nez. Cinq semaines après, énucléation de l'œil droit à l'hôpital Elisabeth.

Quelque temps après, le malade remarqua une certaine gêne de la respiration nasale et accusa une sensation de corps étranger dans la narine gauche.

Au-dessus du bord sus-orbitaire, on voit une cicatrice linéaire mesurant 3 centimètres de long

A la rhinoscopie, on voit dans le méat inférieur gauche un corps étranger plongeant dans le cornet inférieur, d'un gris argent et mobile sous la sonde. La distance de l'orifice nasal est d'environ 4 centimètres. Au-dessus du corps étranger se trouve une croûte desséchée. Avec la sonde on reconnaît l'existence d'une perforation.

Chiari excisa le corps étranger avec une pince ; c'était une balle de 5 millimètres de diamètre. La pointe fichée dans le cornet était un peu déformée.

4. Koschier. — **Deux opérations de cancer du larynx.** — 1. — Officier de 39 ans, opéré le 29 janvier 1901, pour un carcinome épithélial pavimenteux englobant la corde vocale et le ventricule droits, ainsi que la plus grande partie de l'épiglotte et le repli pharyngo-épiglottique droit. Après trachéotomie, on extirpa les régions malades avec la lame du cartilage thyroïde droit et toute l'épiglotte. La guérison fut entravée par une élévation de température imputable à une bronchite.

Réunion par première intention. Le malade fut nourri avec la sonde œsophagienne. Au laryngoscope, on voit que la moitié extirpée du larynx est remplacée par un bourrelet cicatriciel, dont la surface est œdématiée. L'épiglotte ayant été supprimée, la déglutition est pénible, plus de la moitié des aliments étant rejetés à travers la canule. Il faudra que le malade fasse une rééducation de la déglutition.

II. — Homme de 56 ans, atteint de carcinome épithélial pavimenteux de la corde vocale gauche et du ventricule. Le 9 février 1901, on effectue la laryngectomie gauche en respectant l'épiglotte.

Deux jours après, le malade avale sans difficulté. La moitié laryngienne extirpée est remplacée par une masse cicatricielle qui, avec la corde vocale droite, assure la phonation.

Retrait de la canule au bout de six jours et occlusion de la fistule trachéale.

5. Clar montre un **manche** construit d'après ses indications et auquel on peut adapter tous les instruments usités pour la laryngoscopie.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intra-crâniennes, par le Dr Henry Luc. 1 vol. in-8° de 500 pages, avec 28 fig. dans le texte. Paris. J. B. Baillière et fils, 1900.

J'arrive bien tard pour présenter aux lecteurs des *Annales* un livre que tous ont déjà entre les mains, et que chaque jour ils consultent, l'ayant sûrement adopté comme conseil dans leurs circonstances difficiles. Tout au moins ai-je une excuse : en parcourant cet ouvrage, je l'ai trouvé si supérieur à tant d'autres que j'ai pensé devoir, pour lui, déroger aux us et coutumes de la presse médicale : et, avant de l'analyser, j'ai voulu le lire.

Que dirai-je maintenant à son sujet, qui ne soit l'écho des bruits qui circulent ? qu'il est une des pierres angulaires de l'édifice bibliographique national, que depuis dix à quinze ans élève le travail persévérant des oto-laryngologistes français ; et que, dégagés enfin de la tutelle allemande, nous devenons, grâce à lui et à ses analogues, des personnalités capables, sur certains points, d'en remonter à leurs anciens maîtres : tel Luc, quand il parle des sinusites de la face.

Le plan qui préside à cet ouvrage est ingénieux. Il n'étudie pas, selon l'usage, chaque affection de l'oreille ou du nez, isolée en un chapitre bien clos de toutes parts, telle une collection de médailles détaillée en des tiroirs distincts ; mais il prend le pus à l'entrée

du nez et de l'oreille, le suit dans ses migrations, reconnait chemin faisant et nous fait reconnaitre les dégâts qu'il cause sur son passage, arrive avec lui dans les « cavités aérées péri-crâniennes » et se trouve ainsi amené à nous décrire en deux parties distinctes, mais parallèles, les mastoïdites et les sinusites : où streptocoques, pneumocoques et consorts, devenus habitants de régions dissemblables, s'expriment en un langage clinique différent, mais partout pensent et agissent de même, rêvant d'envahir les territoires encéphaliques, puis d'envoyer au loin des expéditions emboliques, qui colonisent les organes et les articulations. Et, faisant comme ceux dont il décrit une page d'histoire, Luc pénètre à leur suite dans le crâne, et nous décrit les grands processus de l'abcès extradural, de la thrombophlébite des sinus, de l'abcès du cerveau et de la leptoméningite. Tour à tour auriste, opérateur et neuropathologiste, il nous prêche d'exemple que le spécialiste, loin de confiner ses tendances en un espace exigu de la pathologie, est tenu, au contraire, d'étendre ses connaissances à la fois sur la médecine et sur la chirurgie.

Qu'au bon vieux temps, où les auristes soufflaient et les laryngologistes badigeonnaient, la médecine générale nous tint pour quantité négligeable, nul n'en saurait assurément l'en blâmer. Mais il n'en est plus de même aujourd'hui. Prière instante à nos confrères médecins de vouloir bien lire le livre de Luc : et ceux qui, parmi eux, croient encore à l'otorrhée salutaire, ou ceux plus nombreux qui pensent et proclament que le pus ne mérite pas qu'on s'en soucie, quand il sort du nez ou de l'oreille, abandonneront sûrement leurs illusions en ses pages. Et non seulement, s'ils sont de bonne foi, ils seront convaincus de l'utilité de nos travaux : mais peut-être qu'en considérant, d'une part, les brillants résultats que leur donne la fière médecine générale dans le traitement du mal de Bright, de la cirrhose du foie ou du tabes, et en observant, d'autre part, ce qui résulte de nos efforts, quand facilement nous tarissons le pus du nez et de l'oreille qu'ils ne savent que regarder couler, quand presque sûrement nous l'arrêtons dans sa marche à l'étape mastoïdienne ou sinusale, mi-chemin de la vie à la mort, et quand parfois nous arrivons à le déloger du crâne, où il s'est permis d'arriver, nonobstant leurs théories diathésiques ou humorales... peut-être reconnaitront-ils que sur la frontière qui nous sépare, l'erreur est en deçà et la vérité au-delà, de notre côté.

On ne saurait exiger de moi que j'analyse en détail les cinq cents pages qui composent ce substantiel ouvrage. Je remplirais

une entière livraison des « Annales », en racontant que Luc, dans le traitement des otites aiguës, préconise le traitement sec par le drainage avec le coton hydrophile ; qu'il est, pour l'otorrhée, partisan fervent du curettage de la caisse et de la cautérisation au chlorure de zinc, toutes les fois que l'attique et l'antre ne sont pas en jeu ; que, dans le traitement radical du cholestéatome, il revient, après sacrifice fait à la mode du jour, qui veut partout drains et sutures, à la bonne et saine chirurgie à ciel ouvert, qui maintient béant l'orifice rétro-auriculaire, pour les cas où il y a lieu de sacrifier la brillance de l'opérateur à l'intérêt du patient.

Inutile de dire que les chapitres qui traitent de la cure radicale des sinusites frontales et maxillaires sont faits de main de maître : mieux que cela, ils sont faits de la main du maître. Ces pages sont la partie originale de l'ouvrage : elles feront date dans l'histoire de la rhinologie.

Très bien mises au point sont les petites monographies de la mastoïdite de Bezold et du cholestéatome : fort intéressante aussi l'étude parallèle des deux formes de pyohémie otogène, avec ou sans thrombo-phlébite des sinus.

La dernière partie, qui traite des suppurations encéphaliques, n'est encore qu'une ébauche : mais, si obscure encore est leur histoire, que le temps n'est pas venu où l'on puisse définitivement publier le « livre jaune » des relations entre l'oreille et l'encéphale.

Le livre de Luc a cette particularité qu'il avance et retarde à la fois. Il est, pour le fond, un ouvrage d'avant-garde, plaidant la cause de méthodes opératoires, que certains d'entre nous hésitent encore à adopter. Mais sa forme est celle d'un autre âge : on n'y trouve pas la langue scientifique moderne, sèche et concise, qui pose une indication thérapeutique, comme elle résout un problème de géométrie. Le langage qu'emploie Luc est tout autre : il a conservé la douce formule française, qui veut avant tout convaincre en séduisant ; et j'imagine que, si parmi les grands cliniciens qui firent, au milieu du siècle dernier, la réputation de la chaire de l'Hôtel-Dieu de Paris, il s'en trouvait d'aventure un qui voulût revenir parmi nous en auriste, il parlerait cette même langue. Certains chapitres du livre de Luc font penser aux cliniques de Trousseau sur l'ozène, erreurs en moins. De ce contraste se dégage un charme qui surprend : ainsi plaît un roman contemporain, paré d'une vieille reliure.

M. Lermoyez.

ANALYSES

— OREILLES

De la psychophysiologie de la corde du tympan, par P. Kiesow et Nadoleczny (*Zeitschr.. f. Physiol. und Psychol. der Sinnes organe, 1900*, vol. 23, p. 33).

Ce travail, fait à l'Institut physiologique de Turin, se base sur des observations de malades opérés par le Prof. Gradenigo.

Dans un cas, c'est un garçon de 15 ans qui subit l'opération de Stacke pour une otite moyenne chronique avec perforation du tympan ; au cours de l'opération on enlève le marteau et une partie de l'attique. Quelques semaines après l'opération, en touchant avec le stylet un point de la caisse du tympan on provoque une sensation de saveur métallique acidulée au niveau de la moitié antérieure gauche de la langue ; par des essais ultérieurs on peut établir que la sensation était éveillée par l'excitation d'un point très précis sur la partie postérieure de l'anneau tympanique, point qui répond à l'émergence de la corde du tympan hors de l'os. L'excitation mécanique plus forte provoque en même temps que la saveur une sensation douloureuse dans la langue et dans les premières molaires supérieures. L'excitation électrique donna les mêmes résultats. D'autre part la langue offrait une région d'anesthésie gustative précisément au bord gauche dans la sphère d'innervation sensorielle de la corde du tympan.

Dans un autre cas, il s'agit encore d'un jeune garçon de 15 ans, atteint d'otite moyenne bilatérale, traitée par le curettage, l'ablation du marteau carié, les cautérisations avec l'acide chromique. Un point unique, bien déterminé, est le point de départ de sensations linguales ; la muqueuse linguale présentait au bord gauche de la langue une bande anesthésique allant de la pointe à la région des follicules, bande d'anesthésie gustative seulement, la sensibilité à la douleur et au contact étant normale. Dans cette même région l'excitation de la corde du tympan dans l'oreille moyenne provoquait des sensations négatives variables suivant les substances irritantes employées, le patient accusant tantôt un goût acide, tantôt un goût salé, ou d'eau de Seltz, ou bien ressentant des picotements, une impression de froid ou de simple contact. M. N. W.

Verrue hémorragique de l'oreille guérie par un remède populaire (urine,) par F. Mosbacher (*Münch. med. Woch.*, 6 février 1900).

Femme de 58 ans portant dans la fosse de l'oreille droite une verrue qui saignait au moindre contact, lorsqu'elle se lavait ou se peignait. Sachant que ces tumeurs épidermoïdales peuvent dégénérer facilement en cancer, l'auteur conseilla à la malade l'excision de la verrue sous anesthésie de Schleich en lui faisant observer qu'elle conserverait seulement une cicatrice à peine visible.

Effrayée à l'idée d'une opération, la dame ne reparut plus jusqu'à ce qu'elle fit rappeler M. il y a trois semaines; elle était au lit avec un érysipèle limité à la moitié droite de la face mais s'étendant à la ligne médiane, au front et au dos du nez. Infiltration et sensibilité des glanglions préauriculaires, maxillaires et sublinguaux. L'érysipèle et la verrue disparurent en quelques jours.

On sait que souvent l'érysipèle détermine la guérison de certaines tumeurs carcinomateuses et sarcomateuses, mais la malade n'accepta pas cette explication, elle montra en souriant à l'auteur l'endroit où avait siégé la verrue et lui raconta que ce que les médecins croient guérir par des opérations cède souvent à des traitements populaires inconnus des savants. Une vieille femme lui conseilla de laver tous les matins sa verrue avec l'urine rendue pendant la nuit par une vierge (Jungfrau) ; aussi est elle persuadée que c'est ce moyen qui lui rendit la santé tandis qu'il fut certainement la cause déterminante de l'érysipèle. M. N. W.

Extraction d'un corps étranger de l'oreille, par J. G. Macaskie (*Lancet*, 2 juin 1900).

L'auteur fut appelé à examiner un écolier qui s'était introduit dans l'oreille droite la gomme d'un crayon. Il était impossible de l'extraire soit par une pince, soit par des lavages. Le lendemain, M. enduisit un bout de ficelle de seccotine [1] et l'approcha de la gomme, puis il entoura le tout d'ouate. Au bout de 24 heures, la cohésion permit d'extraire la masse sans la moindre difficulté.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Larves dans l'oreille, par Barrio y Penariedonda (*Rev. de Med. Contemporanea*, n° 261, 1899, in *Arch. latinos de Rin. Lar. Otol.* mars-avril 1900).

Enfant de quatre ans porteur, au dire de la mère, de vers dans

[1] Sorte de colle, article breveté.

l'oreille; faute d'instruments spéciaux, l'auteur injecta d'abord de l'eau légèrement salée puis de l'huile, mais ces moyens échouèrent. Il eut ensuite recours à une pommade composée de vaseline et de calomel qui provoqua l'asphyxie des larves. Les douleurs intenses ayant cessé, on retira avec des pinces les corps étrangers, puis pendant quelques jours on pratiqua des lavages antiseptiques pour éviter la suppuration.

Lupus de l'oreille par Liaras. (*Rev. de laryng.*, 3, 10, 17 février 1900).

Intéressante revue d'une question assez peu connue.

I. *Lupus du pavillon.* — Variété rare, isolée ou associée à d'autres manifestations; est ordinairemement bénin, quoique pouvant amener des cicatrices difformes et gênantes par suite de destruction étendue.

La forme tuberculeuse est ou non ulcérée ; c'est une sorte de masse myxomateuse, fort rebelle au traitement et fréquente en récidives.

Outre le traitement général, on doit ici recourir surtout au galvano et aux scarifications. L'électro- et la photothérapie ont paru donner des résultats encourageants. La forme érythémateuse est caractérisée par des lésions d'infiltration sans amas bacillaires également sérieuse et tenace, justiciable du traitement général et de moyens locaux tels que topiques et parfois scarifications.

II. *Lupus du conduit.* — Forme bien plus rare que la précédente, dont elle n'est ordinairement que la propagation. Le pronostic est plus réservé à cause de la situation plus profonde des lésions, du voisinage du tympan; des dangers d'atrésie avec leurs conséquences fontionnelles ; lésions à bien différentier des ulcérations scrofuleuses ou syphilitiques.

III. *Lupus de l'oreille moyenne.* — Dont on possède à peine quelques observations ; otite sans caractéristique d'ailleurs.

Tendance lente à guérison par oblitération de la caisse par prolifération fibreuse. Les lésions de la trompe, consécutives à celles du naso-pharynx nécessitent un bougirage souvent laborieux; parfois la myringo- ou myringectomie. H. RIPAULT.

De l'amélioration de l'ouïe chez les sourds-muets par Bogdanoff-Beresovsky (*Wratch.*, 1900, p. 613).

Il y a en Russie environ 200.000 sourds-muets dont 45.000 de

l'âge scolaire ; un millier environ ont trouvé place dans les écoles spéciales et parmi ces privilégiés il y a des aphasiques, des idiots entendants ou non, des sourds psychiques (aphasie transcorticale qui n'ont rien à gagner en ce séjour. L'otiatrie en général: t l'étude de la surdi-mutité plus particulièrement sont encore à l'état d'ébauche en Russie. L'auteur a étudié la question à la clinique du Prof. Simanovsky et à l'école des sourds-muets de Saint-Pétersbourg où il a introduit les méthodes d'éducation de l'ouïe préconisées par Urbantschitsch. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants et il n'est plus permis de négliger ce qui persiste du pouvoir auditif chez un grand nombre de sourds-muets.

M. N. W.

Insufflation et médication de l'oreille moyenne dans l'otite moyenne non suppurée, par E. O. Belt (*Maryland med. journ.*, 30 décembre 1899. in *Laryngoscope*, mars 1900).

L'auteur préconise l'emploi plus généralisé des appareils à air comprimé. Il objecte à la Politzération que les enfant en sont effrayés et qu'ils refusent la seconde application. Les adultes sont frappés par la brusquerie de cette méthode et étouffent en conservant l'eau dans la bouche.

Le tympan se rompt parfois, surtout quand il est aminçi par l'atrophie.

Le principal inconvénient du cathéter est la meurtrissure déterminée par son passage. B. conseille d'irriguer d'abord le pharynx nasal avec une solution modifiée de Dobell, qui non seulement lave mais réduit la turgescence de la muqueuse et par conséquent augmente le calibre des fosses nasales et de la trompe d'Eustache, facilitant ainsi l'insufflation. Il faut que l'appareil à air comprimé exerce une pression de 10 à 25 livres. L'air passe à travers un globe à trous et sa force est modifiée par l'élasticité de tubes en caoutchouc. Le malade gonfle ses joues , on introduit l'embout dans une narine et l'air pénètre d'un côté et ressort de l'autre. Si la trompe est très rétréçie on y introduira quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 4 %. Cette méthode appliquée avec l'interrupteur de Davidson permet de masser le tympan et les osselets.

L'auteur est opposé à l'injection de liquides dans l'oreille moyenne à travers la trompe.

De l'emploi des émissions sanguines et des réfrigérants dans les otites moyennes aiguës, par Miot (*Rev. de Laryng*, 24 février 1900).

L'auteur insiste sur les bons effets des émissions sanguines faibles dans les otites aiguës, particulièrement chez les enfants.

Il préfère les sangsues aux ventouses; il les place ou au niveau du tragus, ou dans l'angle rétro maxillaire; leur nombre est proportionnel à l'âge de l'enfant et ne doit pas être exagéré.

La révulsion sanguine ne doit pas être appliquée tardivement; mais le plus près possible du début des accidents; elle sera parfois utilement renouvelée.

La méthode par les compresses d'eau froide ou glacée agit avec moins de constance, demande beaucoup plus de temps pour manifester ses effets, enfin si elle n'est pas tolérée, exagère l'inflammation; le Docteur Miot, tout en l'employant aussi, ne lui donne donc pas la préférence. H. RIPAULT.

Otite moyenne pneumococcique au cours de la pneumonie, par E. Hirtz (*Bull. et mém. de la Société méd. des hôpitaux de Paris* 8 novembre 1900).

H. après avoir fait la bibliographie du sujet rapporte l'observation d'une malade qui contracta en soignant son mari une otite bilatérale.

L'examen du pus otique fut pratiqué à l'Institut Pasteur, on y trouva de nombreux pneumocoques ainsi que de petits bacilles indéterminés. L'auteur estime que la contagion s'est produite par le conduit auditif et les fosses nasales. A. G.

Otites moyennes aiguës au cours de la scarlatine et de la rougeole, par E. H. May (*Arch. of pediatr.*, juillet 1899, in *Laryngoscope*, avril 1900).

Au cours de ces dernières années, ces complications ont beaucoup diminué de fréquence. Environ 20 % des scarlatineux souffrent des oreilles, surtout en hiver. On observe des otites catarrhales et suppurées, mais elles sont difficiles à différentier tant qu'il n'y a pas de perforation. On rencontre des streptocoques; des staphylocoques et des pneumocoques dans le pus; aussi est-on fondé à croire que la nature de l'écoulement dépend du genre d'infection. On trouve le streptocoque dans les formes graves. La

plupart des complications otitiques éclatent à la fin de la première semaine, lorsque la fièvre a cédé; une brusque élévation de température est un signe diagnostique important révélateur d'une inflammation auriculaire. Au début, la membrane est plus ou moins rouge, si cette coloration se borne à la membrane de Shrapnell, elle indique une suppuration grave. Une résolution prompte peut survenir par l'issue du pus à travers la trompe d'Eustache, mais cet événement ne se produit pas dans les cas de suppurations. Le traitement préventif consiste en lavages antiseptiques des fosses nasales; puis on essaiera de prévenir la perforation et, en cas d'échec, on pratiquera la paracentèse. L'auteur est partisan de l'insufflation par le procédé de Politzer qui bien appliqué peut quelquefois faire avorter des catarrhes ou de légères suppurations. Dans les cas douteux, on incisera toujours.

Contribution à l'étude des affections auriculaires diabétiques, par Friedrich (Physiol. Verein in Kiel; *in Münch. med. Woch.*, 6 mars 1900).

Après l'exposé de trois observations personnelles, l'auteur décrit une sorte d'ostéite mastoïdienne primitive rencontrée au cours du diabète et semblable aux cas rapportés par Kuhn et Körner. L'affection atteint surtout après un refroidissement les individus n'ayant jamais souffert auparavant de maux d'oreille.

Dès le début la mastoïde est attaquée et on voit apparaître rapidement les douleurs osseuses, un affaissement général et des infiltrations et finalement un abcès de fixation.

L'affection ayant une allure très rapide, on interviendra aussitôt que possible; mais si le malade a trop de sucre l'opération est contre indiquée, la narcose pouvant déterminer la mort.

L'incision de Wilde ne suffit pas, seule l'abrasion totale des os malades offre quelques chances de succès.

Sur quelques progrès de la chirurgie dans les otites moyennes suppurées, par Zarniko (Aertzl. Verein in Hamburg; in *Münch. med. Woch.*, 19 décembre 1899 et 7 janvier 1900).

Dans la première partie de sa communication Z. donne des détails anatomiques sur la situation des osselets et la pneumatisation du temporal. Il décrit aussi les développements des cellules mastoïdiennes et le trajet du facial. La seconde partie traite des progrès de la chirurgie de l'oreille moyenne au cours des 10 der-

nières années. Auparavant on se bornait à la trépanation mastoïdienne par le procédé de Schwartze, intervention dont le résultat était toujours très incertain. L'auteur parle ensuite de l'opération de Küster, qui est indiquée dans tous les cas où les cellules mastoïdiennes et l'antre sont affectés, tandis que les altérations de la coupole et des osselets sont susceptibles de régression. Enfin Z. envisage l'extraction des osselets, inaugurée à Halle et qu'il ne pratique qu'après épuisement de toutes les méthodes conservatrices dans les cas de lésion isolée des osselets. L'auteur considère comme l'opération idéale dans les otites moyennes suppurées, la radicale de Zaufal-Stacke qui offre l'avantage de faciliter grandement le traitement consécutif, et peut aussi améliorer l'audition. La plastique de Kœrner donne aussi de bons résultats. Z est opposé à l'emploi du « protecteur » contre la blessure du facial.

Traitement abortif de la mastoïdite aiguë, par J. F. M. Kernon (*Med. News.*, 25 août; in *N.-Y. med. record*, 1er septembre 1900.

L'auteur dit que lorsque le drainage de l'oreille moyenne est insuffisant, il faut agrandir la perforation tympanique naturelle, et si la portion supérieure de l'oreille moyenne ou de l'attique est infectée, il faut ouvrir la membrane de Shrapnell et poursuivre l'incision des tissus, jusqu'à la paroi supérieure du conduit, ce qu'on dénomme parfois incision interne de Wilde. Ensuite le malade garde le lit et est soumis à la diète liquide; application d'un rouleau de glace sur la mastoïde, purgation et lavages du conduit toutes les deux ou troix heures, selon le caractère de l'écoulement avec une solution chaude de bichlorure de mercure à 1.4 $^{000}/_{000}$. La glace est appliquée pendant 24 heures ; au bout de ce temps, la tuméfaction a disparu ou s'est du moins notablement atténuée. Généralement en deux jours le malade entre en convalescence et tout péril mastoïdien est écarté. Mc Kernon est absolument opposé au traitement chaud, humide de la mastoïdite chez un malade affecté d'otite moyenne aiguë.

Complications mastoïdiennes dans l'otite moyenne aiguë, par S. G. Dabney, (*Laryngoscope*, janvier 1900).

L'auteur décrit un cas de mastoïdite accompagné de fièvre et de douleurs intenses chez un homme de 26 ans. L'incision amena une guérison rapide.

D. rapporte aussi une observation de mastoïdite évoluant sans douleur chez un enfant de 5 ans malgré la présence du pus dans les cellules. Une autre fois il trouva les cellules mastoïdiennes et l'antre formant une cavité unique sans lésion de l'oreille moyenne.

L'évolution de la trépanation de la mastoïde, par J. Herr Love (*Glasgow med. journ.*, 1900, p. 402).

L'opération de Schwartze a fait époque dans la chirurgie de la région mastoïdienne ; son but est de mettre à nu les recoins osseux de la région en créant une seule cavité à parois unies, et ce but est atteint par l'ablation de la paroi postérieure du conduit auditif osseux et par le drainage de l'oreille moyenne par cette voie.

Mais tout le monde connaît des cas où la guérison n'a pas été définitive et où une nouvelle intervention est devenue nécessaire par suite de la stagnation du pus lorsqu'on se croyait près de la cicatrisation. Le point faible du procédé de Schwartze réside dans l'existence de deux canaux, le conduit auditif externe et le conduit mastoïdien artificiel, qui se rencontrent par leurs extrémités profondes et entre leurs extrémités la paroi postérieure cutanéo-cartilagineuse du conduit auditif fait obstacle. C'est pourquoi l'auteur a substitué à cette opération à double canal un procédé à canal unique. Il fend la paroi membraneuse du conduit auditif externe, ce qui permet de recoudre la plaie postérieure après l'évidement de la mastoïde et de continuer le traitement par le conduit auditif, car les parties profondes de l'oreille et de la mastoïde sont rendues accessibles en droite ligne. Cinq opérations résumées. M. N. W.

Trépanation ostéoplastique de l'apophyse mastoïde, par Küster (*Centralbl. f. Chir.*, 28 oct.. 1899, p. 1145).

L'auteur emploie le procédé suivant basé sur les principes de la trépanation ostéoplastique pour les lésions crâniennes d'après König.

L'oreille étant fortement attirée en avant, une incision est faite immédiatement à sa limite postérieure. Cette incision commence un peu au-dessus de la paroi supérieure du conduit auditif, se dirige en bas, contourne la pointe de l'apophyse et arrive sur son bord postérieur jusqu'à sa naissance. L'incision se poursuit jusqu'à l'os. Puis on détache le périoste à l'aide d'un ciseau

juste de façon à avoir un espace suffisant ; finalement on établit un lambeau cutanéo-périosté osseux. Le foyer malade ayant été convenablement traité, le lambeau est rabattu après avoir tamponné la cavité avec une mèche de gaze iodoformée.

Jusqu'ici l'auteur a employé ce procédé dans 9 cas.

GEORGES LAURENS.

Autoplastie partielle du pavillon de l'oreille par GAVELLO (*Giornale della R. Acad. di med. di Torino* 1898, p, 213).

L'auteur a employé le procédé suivant pour réparer le pavillon de l'oreille d'une jeune fille de 19 ans détruit par un lupus.

1re *Temps*. Extirpation de la tumeur et excision de tout le lobule et d'une partie du cartilage de la conque.

2e *Temps*. Autoplastie par la formation d'un lambeau de peau pris sur la région latérale du cou au-dessous de l'insertion du pavillon.

Le lambeau a la forme d'un double lobule soit de deux triangles égaux à angles mousses retenus par un pont de tissu. Le pédicule est situé en avant sur la ligne qui continue en bas l'insertion du pavillon. Les deux lambeaux sont repliés sur la ligne médiane, les deux faces cruentées étant au contact et les deux faces cutanées deviennent l'une externe, l'autre interne. Le bord supérieur du lambeau est attiré en haut et suturé avec le bord avivé du pavillon. Le bord inférieur qui doit figurer le bord libre du lobule est suturé de façon à réunir en bas les deux parties du lambeau.

3e *Temps*. Réparation de la perte de tissu du cou par un lambeau pris par glissement sur les parties voisines.

La guérison *per primam* fut un peu retardée au niveau du lobule pour lequel il fut nécessaire de recourir à une greffe de Thiersch.

GEORGES LAURENS.

De la dégénérescence cancroïdale des vieilles otites suppurées, par CARLE (de Lyon) (*Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 2 avril 1899).

L'auteur rapporte l'observation d'une malade atteinte d'un néoplasme de l'oreille greffé sur une vieille otite moyenne suppurée. Les faits sont très rares : il n'en existe que quelques observations.

Cliniquement, l'apparition rapide de douleurs névralgiformes, la

paralysie faciale, l'envahissement de la région mastoïdienne sont les meilleurs et plus constants symptômes.

GEORGES LAURENS.

Des difficultés de diagnostic dans certains accidents cérébraux d'origine auriculaire, par RÖPKE (*Münch. med. Woch.* 1900, p. 319).

OBS. 1. — Jeune fille de 25 ans, atteinte d'otorrhée droite depuis sa première enfance; il survient sans cause appréciable de la fièvre, des vomissements, des douleurs violentes dans la région occipitale droite, des secousses dans les membres du côté droit; enfin, au bout d'une vingtaine de jours elle perd connaissance subitement, puis revient à elle et entre à l'hôpital quelques jours plus tard un peu obnubilée, avec de la raideur de la nuque, une température de 38°,5-39° sans phénomènes paralytiques. La trépanation mastoïdienne est pratiquée le jour même, mais on ne trouve pas autre chose que de l'otite externe et moyenne avec carie du conduit; les accidents s'aggravent encore après cette intervention, mais le pouls tombe à 60 (il était à 120) et la température à 37° 5; la malade est agitée, saute à bas de son lit, les papilles sont congestionnées et il y a des secousses dans les membres. Une intervention est alors faite, le sinus latéral découvert dans une grande étendue est normal, la fosse cérébelleuse est normale, le cervelet ponctionné dans divers sens n'offre pas d'abcès, il en est de même du lobe temporo-occipital. Néanmoins cette intervention eut pour résultat la cessation rapide des accidents; le pouls, tombé d'abord à 40 battements par minute, se relève graduellement, les douleurs disparaissent et peu de semaines plus tard la patiente est absolument rétablie et l'ouïe même est revenue à l'oreille malade dans une mesure notable.

OBS. 2. — Garçon de 14 ans, atteint d'otite et de mastoïdite suppurées depuis 2 ans, pris depuis un mois d'accidents cérébraux; céphalalgie, convulsions de temps en temps, secousses dans les membres, parésie de la moitié droite de la face, exagération des réflexes, enfin fièvre. Un évidement soigneux de l'oreille et de la mastoïde, la mise à nu du sinus latéral montrent que les parties profondes ne sont pas atteintes; néanmoins des symptômes graves, la respiration Sheyne-Stokes, les secousses convulsives, la perte de connaissance font recourir à une seconde opération, au cours de laquelle on ne trouve aucun abcès cérébral, l'enfant guérit comme dans le premier cas.

Obs. 3. — Fille de 14 ans ; après avoir souffert d'une otorrhée chronique pendant plusieurs années, l'enfant présente pendant une quinzaine de jours tous les symptômes d'une méningite d'origine otitique, puis les phénomènes cérébraux disparaissent, l'état général redevient normal. Une trépanation mastoïdienne avec curettage des fongosités de l'oreille moyenne et du limaçon n'altère en rien l'état général, mais la suppuration de l'oreille continue avec une abondance extrême. Un mois plus tard on fait un second curettage du labyrinthe dont on extrait encore des séquestres. L'opération est suivie d'accidents méningitiques graves, qui entraînent la mort de l'enfant.

L'auteur pense que dans ces trois cas les accidents cérébraux observés ne pouvaient être que l'expression d'une méningite aiguë suppurée de la base avec hydrocéphalie interne, dont la guérison a été favorisée dans les deux premiers cas par la décompression ; dans le dernier cas la méningite, guérie spontanément, enkystée, a été rouverte pour ainsi dire et s'est généralisée par suite de la seconde opération. M. N. W.

Un cas de piqûre de l'oreille avec écoulement de liquide céphalorachidien, par Söhnberg (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 81).

Un homme de 19 ans, extrêmement vigoureux, tombe subitement au milieu d'un tour de danse en criant : « on m'a piqué dans l'oreille ». Il peut se relever un instant après, mais il chancelle et n'arrive qu'avec peine chez lui, quoique bien soutenu : des vomissements continuels, du vertige au moindre mouvement, de vives douleurs dans l'oreille et dans la tête, quelques lypothimies sont observées pendant 36 heures avant qu'on ne se décide à conduire le malade à la clinique des maladies de l'oreille. L'auteur constate une éraflure du conduit et une perforation de la membrane du tympan de l'oreille gauche ; l'ouïe est très peu troublée ; l'oreille est nettoyée, débarrassée d'une petite quantité de sang et d'eau et tamponnée légèrement. Le malade se trouve très bien au lit, mais le lendemain, en débouchant l'oreille on provoque une perte de connaissance avec arrêt du pouls, ce qui ne dure qu'un instant ; le tampon est plein de liquide et on en recueille facilement une quantité suffisante pour l'examiner : c'est du liquide céphalo-rachidien ; pendant une quinzaine encore le malade éprouve des vertiges et quelques céphalées, puis la guérison est définitive, la perforation cicatrisée. L'insignifiance des troubles auditifs doit faire exclure la blessure du labyrinthe, il faut

admettre une perforation du tegmentum, de la dure-mère et la pénétration directe dans l'espace sous-arachnoïdien. L'instrument piquant a dû être une aiguille de chapeau d'une danseuse.

M. N. W.

Résection large du rocher, par DEPAGE (Société belge de chirurgie, 22 octobre 1898).

D. a été amené, dans un cas de suppuration rebelle du rocher, consécutive à une otite moyenne, à réséquer presque totalement cet os. Il s'agissait d'un homme de 29 ans, qui avait subi antérieurement cinq opérations pour la même affection. Depage employa le procédé de Chaput et arriva à réséquer l'os jusqu'au niveau de la carotide. Le sinus latéral fut mis à nu sur toute la partie correspondant au rocher, et le golfe de la veine jugulaire fut ouvert. L'hémorrhagie qui en résulta, quoique très abondante quand on exerçait une traction sur la veine, fut facilement arrêtée par le tamponnement. Au cours de l'opération, le facial fut sectionné.

Le malade est complètement guéri de la suppuration dont il fut atteint pendant des années, mais il existe une paralysie faciale complète, dont d'ailleurs il ne se plaint nullement.

GEORGES LAURENS.

Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la pyémie otogène, par E. KUMBERG (*Wojenno Med. Shurn*, novembre 1899, *in Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 49, H. 1, 1900).

Aux causes jusqu'ici admises de la pyémie otitique telles que la thrombose des sinus ou l'ostéo-phlébite, l'auteur ajoute que le pus peut pénétrer dans la circulation veineuse sans participation du sinus. Dans les cas où l'inflammation de l'oreille moyenne après avoir atteint la mastoïde détermine un phlegmon du revêtement mastoïdien cutané, il peut se produire comme pour les autres phlegmons une thrombose de veines voisines avec développement consécutif d'une pyémie veineuse superficielle.

K. rapporte alors les cas publiés par les auteurs russes : Turner, Lokteff, Orlow, Heiman, Modlinski, Voss et cite une observation personnelle concernant un soldat de 25 ans affecté d'une otite moyenne suppurée aiguë. Empyème mastoïdien probable. Température élevée. Trépanation le sixième jour. Pus épais dans l'antre. Après l'opération les douleurs cessent, mais la température oscille entre 37,2 et 40,8. Sueurs. Toux. Suppuration du

genou droit qui incisé livre passage à une grande quantité de pus. Le malade s'affaisse visiblement.

Quatorze jours après l'intervention mastoïdienne, ligature et section de la jugulaire interne pour découvrir le sinus transverse dont la paroi est normale. La ponction ayant donné issue à du sang pur, on n'ouvre pas le sinus. Frissons le lendemain. Température pyémique. Métastase dans une épaule qui cède à l'action de l'iode et du salicylate de soude. Vingt-huit jours après la ligature de la jugulaire, ouverture de deux abcès de la cuisse droite et du tibia gauche. La température redevient normale et la guérison suit son cours. Au bout de cinq mois et demi de maladie, le malade quitte l'hôpital en parfaite santé, le tympan et la plaie rétro-auriculaire sont cicatrisés, audition presque normale.

L'auteur n'ose décider s'il s'agissait d'une thrombose de la paroi du sinus transverse ou d'un autre sinus, ou d'une pyémie sans participation sinusienne. K. explique les métastases survenues à la suite de la ligature de la jugulaire par des dépôts de parcelles infectées existant dans diverses régions du corps avant l'opération et s'étant réveillés sous l'influence de celle-ci.

Mastoïdite, otite moyenne aiguë et pyémie d'origine traumatique chez un épileptique, par R. A. Wilson (*Lancet*, 12 mai 1900).

Epileptique marié, âgé de 37 ans, admis dans un asile le 27 avril 1892. Il mena une existence tranquille jusqu'au 26 janvier 1893, époque à laquelle il eut une crise d'épilepsie. Pendant plusieurs années il souffrit de temps à autres de douleurs mastoïdiennes et de surdité légère, mais sans symptômes objectifs ni tuméfaction de la paroi postéro-supérieure du conduit. Le 16 novembre 1899, attaque épileptique avec plaie de la paupière droite et contusion auriculaire du même côté. Le 24, otorrhée droite suivie au bout de trois jours de perforation tympanique. Le 4 décembre, l'écoulement devint plus abondant et la température atteignit 100° F. La suppuration augmentant toujours, on dut pratiquer six lavages le 5 décembre. Température 100° F. Le 11 l'écoulement se modéra, mais la température se maintint ; le 12 elle tomba à 98,8 le matin pour remonter à 102,2 dans la soirée ; le 13 elle oscilla de 99,6 à 103,4 et le 14 elle varia de 104,4 à 103,4. Le 15, la suppuration augmenta. Température 104,2 le matin et 106,4 le soir. Le caractère typhique de la température se prolongea pendant deux jours variant de 104,6 à 106,4 le 16 et de 101, à 104,8 le 17. Le 18 décembre, température 101,4 le matin et 101,6

le soir. Diminution de l'écoulement. Le malade était hébété, irritable et recueillait avec peine ses idées pour répondre aux questions qu'on lui posait. Le 19 décembre, température du matin 99,2 et 104,8 le soir. Le 20, 99,6 dans la matinée et 103,2 dans la soirée. On évacue une collection purulente du coude gauche. Le 21, ouverture d'un abcès du métacarpien gauche. L'écoulement auriculaire redevient plus abondant. Transpiration abondante, alternant avec des frissons. Démarche incohérente. Température, 102 le matin et 101° le soir. Le 22, température du matin 100. Evacuation d'une collection purulente de l'articulation de la cheville droite. Etat très grave. Le malade ne peut parler et absorbe avec peine des liquides, il succombe à midi et demi.

Autopsie. — Aucune altération des portions pétreuse et mastoïdienne de la dure-mère, non plus que des régions antérieure et postérieure des faces pétreuse et externe de la mastoïde. Pas de modification du sinus latéral. On excise l'os formant le plancher du tympan et on découvre du pus dans la cavité. La mastoïde est bourrée de pus caséeux ; ses parois sont minces, mais dures et denses. Existence d'une libre communication entre cette cavité et le tympan.

Remarques. — On peut admettre que le traumatisme de janvier 1893, joint à la nutrition des cellules mastoïdiennes a été le point de départ des lésions et que la chute du 16 novembre 1899 a déterminé la mort. Plusieurs circonstances doivent être notées : 1° contrairement à ce qui a lieu d'habitude, la maladie a d'abord attaqué la mastoïde puis s'est propagée à l'oreille moyenne ; 2° les symptômes sont demeurés longtemps latents, causant peu de douleur et une surdité légère ; 3° la terminaison rapide après la lésion du tympan ; 4° la limitation de l'affection à la mastoïde et à la cavité tympanique et la non implication des membranes et du sinus latéral, bien que la pyémie ait entraîné la mort.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Relation des lésions des sinus et de la méningite avec l'otite moyenne suppurée par W. SCHELL (*Indiana med. journ.*, décembre 1899, in *Laryngoscope*, mars 1900).

A l'autopsie d'un enfant de 9 ans mort d'une otorrhée avec symptômes méningitiques, on trouva le sinus sigmoïde et une partie du sinus latéral décolorés ainsi que la dure-mère, les os pétreux et l'occipital. Lepto-méningite cérébro-spinale suppurée externe et interne tirant son origine de l'infection à travers l'aqueduc co-

chléaire. Nombreuses masses cholestéatomateuses dans la portion pétreuse du temporal et surtout dans le labyrinthe osseux où les canaux semi-circulaires étaient envahis.

Un cas de thrombose des sinus, par A. R. Baker (*Cleveland tred. Gaz.*, septembre 1899, in *Laryngoscope*, janvier 1900).

Des phénomènes septiques sans accidents cérébraux à la suite d'une intervention mastoïdienne firent diagnostiquer une thrombose des sinus. Pas d'hémorrhagie consécutive au dégagement du sinus sigmoïde que l'on curetta jusqu'à ce que le sang jaillit, puis on pratiqua un tamponnement à la gaze iodoformée. La partie inférieure fut curettée jusqu'à la jugulaire. Guérison ininterrompue.

Mastoïdite avec thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne, par X. Delore (*Gazette des hôpitaux*, 28 mars 1899).

L'auteur rapporte le cas d'un jeune homme de 20 ans, atteint d'otite moyenne suppurée datant de deux mois et qui se compliqua de mastoïdite avec thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne. La trépanation de l'apophyse, suivie de la ligature de la jugulaire et du drainage du sinus, guérit le malade.

GEORGES LAURENS.

Otite moyenne avec abcès développé autour du sinus transverse, par Ludwig et Sanger (Société médicale de Hambourg) 16 janvier 1900).

Ces auteurs communiquent l'observation d'un homme pris d'otite moyenne suppurée avec céphalalgie violente. La paracentèse du tympan produisit une très légère amélioration, et dès le lendemain le malade fut pris de frissons qui se répétèrent les jours suivant. La trépanation de la mastoïde fut jugée nécessaire, mais l'opération n'eut aucun succès : la céphalalgie revint aussi violente qu'auparavant, en même temps que se déclara une fièvre irrégulière ; le pouls se ralentit et au bout de quelques jours l'apparition d'une stase veineuse au niveau des deux papilles optiques ne laissait aucun doute sur l'existence d'un abcès du cerveau, d'autant que le malade présentait en même temps de la diplopie, une démarche chancelante et enfin une abolition des réflexes rotuliens.

L'ensemble de ces symptômes faisant penser à l'existence d'un abcès au niveau du lobe temporal, c'est à ce niveau que fut faite

la trépanation ; on constata à cette occasion que le sinus transverse était thrombosé, mais on ne trouva pas de pus. Une seconde intervention faite à huit jours de distance n'eut pas plus de succès.

Comme le malade était un ancien syphilitique, on pense à la possibilité d'une gomme du cerveau et on institue le traitement mixte. Ce traitement échoua à son tour, lorsqu'un jour une tumeur fluctuante apparut au niveau du pariétal ; la ponction ayant amené du pus, on fit à ce niveau la trépanation qui montra qu'il s'agissait d'un abcès sous-dure-mérien dont le pus a passé le long d'une veine émissaire saine. Le malade guérit après l'évacuation du foyer. GEORGES LAURENS.

Guérison d'un cas d'otite compliquée de thrombose des sinus, d'abcès péri-sinusien, et d'abcès cérébral, par LUDWIG et SAENGER (Aertzl. Verein in Hamburg ; *Münch. med. Woch.*, 23 janvier 1900).

Capitaine au long cours ayant contracté l'été précédent à la suite d'un refroidissement sur la côte d'Afrique une otite accompagnée de céphalalgie violente. Paracentèse le 22 septembre. L'apparition des frissons ainsi que le mauvais état général firent décider l'ouverture de la mastoïde. Peu après survinrent de nouveau des maux de tête, le pouls se ralentit, les accès de fièvre furent irréguliers et on songea à un abcès cérébral. Absence de réflexes patellaires, diplopie passagère, démarche chancelante. S. conseilla l'intervention immédiate et chercha à localiser le siège de l'abcès dans le cervelet ou dans le lobe temporal que S. trépana le 17 octobre sans résultat. Au début le malade se sentit mieux, mais le 25 octobre il fallut pratiquer une seconde trépanation à la même place toujours sans trouver de pus. Le malade ayant eu la syphilis, on pensa à une tumeur mixte et on institua le traitement mixte qui demeura sans effet. Peu de temps après on assista à l'évacuation d'un abcès extra-dural. Actuellement le malade a repris ses occupations.

Otite moyenne suppurée chronique avec thrombose du sinus latéral, sans ligature de la jugulaire interne. Guérison, par A. H. CHEATLE (*Lancet*, 13 janvier 1900).

La thrombose du sinus latéral survenant au cours de l'otite moyenne provient de deux causes pathologiques différentes. D'une part, elle peut être provoquée par le passage des microbes

de l'oreille moyenne à travers la paroi du sinus, ainsi se forme un thrombus renfermant les bactéries qui l'ont formé ; ce caillot crève rapidement et il y a beaucoup de chance pour qu'il éclate une pyémie embolique. D'autre part le sang peut se coaguler dans le sinus latéral et engendrer une inflammation des régions voisines ; en ce cas la coagulation provient sans doute de la transsudation des toxines, le caillot est ferme et a peu de tendance à la désagrégation. Il est impossible de différentier cliniquement ces deux aspects jusqu'à l'apparition de symptômes infectieux, tels que la pyémie ; mais le frisson suffit presque pour justifier la ligature de la jugulaire interne. Rœpke [1] a publié un cas offrant une grande analogie avec celui de l'auteur.

Enfant de 14 ans, vu le 26 juin 1899 pour une douleur auriculaire gauche et des vomissements. Dix-huit mois auparavant otorrhée bilatérale entièrement tarie. Depuis otalgies répétées, mais sans écoulement. Vertiges. L'alimentation étant devenue impossible le malade maigrit beaucoup. Deux jours avant son entrée, soulagement à la suite d'un écoulement d'oreille, mais l'enfant est très abattu ; il répond à toutes les questions qu'on lui pose. En marchant il a une tendance à incliner à droite. Température 100,2 F. Pouls 104. Écoulement purulent brun des deux oreilles, perforation bilatérale de la membrane de Shrapnell. Douleur à la pression mastoïdienne ; hypertrophie glandulaire derrière l'oreille. Cœur et poumons normaux. Papillite.

Antre bourré de granulations et de cholestéatome. Carie du marteau et de l'enclume. En examinant les parois de l'antre on remarque sur la paroi postérieure un fragment osseux coloré et ramolli arrivant directement au sinus latéral. Après ouverture du sinus sur l'étendue d'un pouce de long, on voit qu'il est occupé par un caillot foncé sauf au point infecté où il présente une coloration jaune. L'exploration soigneuse du cervelet en avant et en arrière du sinus ne fournit aucun résultat. La dure-mère incisée fut suturée au catgut et on maintint le sinus ouvert. Le caillot étant sombre et ferme, on résolut de ne pas sectionner la jugulaire interne mais de détacher le thrombus autant que possible de la plaie. Dans ce but, on introduisit une curette sans provoquer d'hémorragie. Après ablation d'une portion du caillot, un flot de sang jaillit et on vit un caillot mesurant 1 pouce 1/2 de long et d'apparence saine. On arrêta l'hémorragie par un tamponnement ; puis on pansa la plaie avec de la gaze iodoformée. L'opération

(1) *Archives of Otol.*, vol. xxv, n° 4.

dura une heure et quart. Au bout d'une heure frisson et élévation de la température. Depuis, la guérison s'est effectuée lentement mais sans accident.

On sait qu'il n'est pas indispensable de lier la jugulaire interne dans la thrombose du sinus latéral, mais il n'existe aucune règle à ce sujet. Goung (1) a rapporté une observation de guérison sans ligature de la veine et d'autres auteurs en ont observé aussi. Bronner a vu un caillot paraissant sain retiré à travers la paroi du sinus ; on referma la plaie avec un bon résultat. Toutefois en cas de frisson, on interviendra toujours ; bien que ce signe ne soit pas un indice certain de thrombose septique du sinus, attendu que chez un malade soigné par M. Pritchard à King's College hospital, on remarqua des frissons dus à un empyème aigu de l'antre et aucun accident ne survint après l'abrasion de la paroi externe et l'évacuation du pus. On ne saurait trop insister sur l'urgence de l'intervention après l'apparition d'un frisson au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë ou chronique ; on ouvrira l'antre et on examinera le sinus. Un point particulièrement intéressant de l'observation de Cheatle est que trois mois après l'opération, la névrite optique persistait chez l'enfant parfaitement guéri. Les vertiges provenaient sans doute de troubles de la circulation intra-crânienne imputables à l'occlusion du sinus.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Abcès cérébral consécutif à un abcès tonsillaire et à une otite moyenne suppurée non perforante, par D. M. GREENE (*Journ. amer., med. ass.* 11 novembre 1899, in *Laryngoscope*, juillet 1900).

La particularité la plus intéressante de ce cas réside dans l'origine centrale des symptômes périphériques. Au cours de la maladie, le malade prononçait seulement le mot : *non*. Il existait une paralysie faciale droite et tout le côté droit du corps était également paralysé. On trouva un vaste abcès à deux pouces au-dessus du méat audition. L'opération détermina le retour de la parole et la disparition de la paralysie.

Carie du rocher. Abcès multiples sous-duraux, extra-crâniens. Plusieurs interventions consécutives. Mort, par DEPAGE (de Bruxelles). (Société belge de chirurgie, 19 mai 1900.)

L'auteur rapporte, sans commentaires, la très curieuse observation dont voici le résumé.

(1) *Glasgow med. journ.*, octobre 1899.

Jeune fille, 16 ans, atteinte d'otorrhée gauche depuis cinq ans Pendant cinq ans injections quotidiennes dans le conduit. Au bout de ce temps, gonflement apophysaire, torpeur, vomissements, un beau jour.

Première intervention : « trépanation de l'apophyse, curettage des cellules mastoïdiennes superficielles, ouverture d'un abcès du triangle pharyngo-maxillaire. » Pas d'amélioration, aspect typhique ; cependant pas de céphalée, pas de troubles de l'intelligence. Léger strabisme convergent : stase papillaire.

Deuxième intervention : trépanation de l'apophyse au lieu d'élection, ouverture de l'antre. Dénudation de la dure-mère en haut, qui est saine. Mise à nu du sinus dont l'aspect est normal. Dénudation de la face postérieure du rocher jusqu'au trou déchiré postérieur. L'os est carié, rempli de matières cholestéatomateuses ; il existe une fistule au-dessus et en dedans du trou déchiré postérieur. Résection du pont osseux compris entre le trou déchiré et l'extérieur : section du facial. Issue de liquide céphalo-rachidien : arrêt de l'opération. Les accidents persistent : température, état infectieux, pouls à 120, papilles de stase, paralysie de l'oculomoteur externe. D'où :

Troisième opération, six jours après : attaque du rocher par sa face inférieure. Résection de l'apophyse styloïde, ouverture d'un abcès siégeant entre le pharynx et les muscles prévertébraux, immédiatement sous le trou déchiré postérieur. Recherche de la pointe du rocher par la voie mastoïdienne : résection de la face inférieur du rocher jusqu'au trou déchiré postérieur ; ouverture de la jugulaire. L'auteur « commet alors, lui semble-t-il, une grande faute opératoire », en liant le sinus latéral. Il y eut en effet une hernie cérébrale et cérébelleusé qui nécessita une résection de la substance encéphalique.

Tentative d'une quatrième opération : ponctions cérébrales sèches. Mort quatre jours après dans le coma.

A l'autopsie : Outre les lésions déjà décrites, méningite purulente de la convexité hémisphérique. GEORGES LAURENS.

Carie du rocher et méningo-encéphalite suppurée, par Buys (Société belge d'otologie et de laryngologie), 19 juin 1898.

B. a présenté des pièces provenant d'un enfant de 9 ans qui a succombé à une méningite purulente consécutive à la carie du rocher.

Seul l'hémisphère droit, c'est-à-dire celui correspondant à l'os

malade, présente les lésions de la méningite suppurée ; celle-ci donne lieu à de nombreux abcès situés au fond des sillons qui séparent les circonvolutions et jusque dans la substance cérébrale elle-même. C'est donc d'une véritable méningo-encéphalite suppurée qu'il s'agit.

Le rocher est entamé par la carie et la nécrose jusque près de son sommet ; on peut constater, en effet l'existence de signes nécrotiques dans le canal carotidien lui-même. Il n'y a pas de trace de phlébite ni dans le sinus transverse ni dans aucun autre sinus. La dure-mère est intacte partout.

L'infection est due au streptocoque, qui a été retrouvé à l'état pur dans le pus méningé.

Une otite d'origine non déterminée existait depuis un an. Le sujet était malingre et peu développé pour son âge ; il présentait sur la mâchoire inférieure une cicatrice adhérente, suite d'une ancienne affection osseuse. Quelques jours avant la mort se sont manifestés des accès d'épilepsie jacksonienne du côté opposé à l'hémisphère où siégeaient les lésions. GEORGES LAURENS.

Abcès cérébral, par BALVAY (Soc. des sc. méd. de Lyon), 20 décembre 1899.

L'auteur présente un cerveau provenant de l'autopsie d'un malade atteint d'abcès cérébral et mort dans le service de M. Jaboulay.

Homme de 50 ans, qui consulte pour une otorrhée gauche datant de 4 ans, ayant cessé depuis quelques jours et s'accompagnant depuis de vives douleurs dans l'hémisphère correspondant de la tête. Trépanation mastoïdienne : on ne trouve ni cellules, ni antre, ni pus. Disparition de la douleur et de l'insomnie. La malade sort de l'hôpital, amélioré, mais y rentre quelques jours après toujours pour ses douleurs hémi-crâniennes. Trépanation au niveau de la troisième circonvolution frontale et on trouve : 1° une collection sous le muscle temporal ; 2° une perforation de l'os au même niveau ; 3° une collection entre la dure-mère et l'os ; 4° un vaste abcès sous la dure-mère. Par son incision s'écoule un grand verre de pus. Drainage. Pas d'amélioration immédiate. Deux jours après le malade reprend connaissance. Son état s'améliore peu à peu, si bien qu'au bout de quelques jours on peut le considérer comme guéri. Pendant le temps de cette guérison apparente il a présenté : 1° de l'aphasie motrice ; 2° de la cécité verbale ; 3° de la surdité verbale ; 4° de l'agraphie ; 5° de la paralysie du moteur oculaire commun et du pathétique.

Quelques jours plus tard, nouvel accès de coma sans aucun signe d'abcès cérébral. Contracture dans les muscles du côté droit. Nouvelle trépanation au même endroit que la première fois. Issue de pus. Mort dans la soirée.

A l'autopsie : lésions uniquement au niveau de la partie antérieure des deux premières circonvolutions temporales. Pas de lésion au niveau de la circonvolution de Broca. Pus autour du cervelet ayant fusé par la base du cerveau.

En résumé, cette observation est intéressante : 1° par l'absence des troubles symptomatiques d'un abcès du cerveau, puisque sauf pendant quelques jours, tout à fait au début, on n'a observé ni température, ni vomissements, ni troubles sensitifs ou moteurs.

2° par l'absence de lésions au niveau de la troisième circonvolution frontale, malgré l'aphasie constatée pendant la vie.

GEORGES LAURENS.

Otite moyenne combinée avec un abcès cérébral rhinogène, par Kœbel (Beitr. z. klin. Chir. Bd xxv, h. 2, 1899, in *Münch. med. Woch.*, 20 février 1900).

A la suite d'une observation, K. s'étend sur les symptômes de l'abcès frontal et préconise la résection sous-périostale de la paroi antérieure du sinus frontal comme offrant le plus de facilité pour dégager le sinus frontal, voir la paroi postérieure, et pénétrer dans la cavité crânienne pour rechercher l'abcès.

II. — *NEZ ET SINUS*

Sur la présence de microbes dans les fosses nasales normales et le pouvoir bactéricide du mucus nasal, par H. J. H. Schousbœ, (117 p., librairie Hempel, Odenal, Danemark, 1900).

S. commence par dire que beaucoup d'auteurs ont enregistré la stérilité de l'air expiré, de même que diverses expériences ont démontré celle de la muqueuse trachéo-bronchique ; on peut donc admettre que les bacilles apportés par l'air inspiré élisent domicile dans les voies aériennes supérieures. Dans un chapitre suivant, S. parle des recherches sur le contenu bactérien des fosses nasales. Les idées sont très partagées, certains auteurs ont rencontré de nombreux microbes, tandis que d'autres les croient rares ; il en est qui, comme St-Clair Thomson et Hewlett, décrètent la stérilité absolue des fosses nasalés. La plupart des auteurs ont commis une faute en ne différenciant pas suffisamment le vestibule de la cavité nasale ; le vestibule, avec son revêtement cu-

tané et très chevelu, donne asile à une abondante flore bactérienne, de sorte qu'il faut respecter ses parois et chercher le (mucus) dans le fond. D'autre part, on admettra *a priori* que les fosses nasales contiennent toujours quelques microbes qui y pénètrent à chaque inspiration, et ne peuvent être (tirés) momentanément par le contact des parois du nez.

S. a entrepris ses recherches de la manière suivante : il introduit d'abord un spéculum de Duplay stérilisé, à travers lequel il fait entrer un spéculum de Zaufal, également stérilisé, afin de pouvoir, avec une aiguille de platine, recueillir au fond des fosses nasales une quantité suffisante de mucus, sans toucher les parois de la portion antérieure et sans que l'introduction du spéculum aide à la pénétration de microbes dans les parties profondes.

Dans douze cas, pour avoir un point de comparaison, il fit des cultures, tant du vestibule que des fosses nasales. Les inoculations vestibulaires fournirent toujours d'abondantes cultures, tandis que sept fois les inoculations des fosses nasales furent stériles et que cinq fois il n'y avait qu'un petit nombre de colonies. Quarante fois l'auteur a examiné les fosses nasales, mais il n'attache pas d'importance à 4 ou 5 colonies rencontrées à la surface des cultures ; il faut que les colonies soient nombreuses pour admettre qu'il s'agit de bacilles originaires des fosses nasales et y proliférant. Les cultures furent faites sur agar et sur sérum. Pour les cultures sur agar, on obtint 23 fois un résultat négatif, 12 fois on eut de 1 à 5 colonies, 5 fois un total dépassant 5. Les cultures sur sérum fournirent 12 fois un résultat nul, 12 fois on eut de 1 à 5 colonies et ce chiffre fut dépassé 5 fois. On rencontra 7 fois le bacille pseudo-diphtérique, 4 fois le micrococcus albuslique faciens de v. Besser (?), 1 fois le micrococcus blanc de v. Besser (?), 1 fois le sarcina luta et 1 fois le staphylocoque doré.

Ultérieurement, l'auteur examina de nouveau quatre des cas chez lesquels on avait trouvé des bacilles et n'en rencontra aucun ou de très clairsemés.

S. relate ensuite les expériences sur les rapports de la sécrétion nasale avec les microbes, et insiste sur celles de Würtz et Lermoyez. Personnellement il recueillit le mucus nasal d'individus soumis à des injections de pilocarpine dans des flacons stérilisés; après stérilisation soigneuse, il ajoute au liquide une culture bacillaire.

Il obtint les résultats suivants : le bacille charbonneux, le staphylocoque blanc, le streptocoque pyogène, le diplocoque de Fraenkel et le bacille pseudo-diphtérique sont triés, tandis que le

staphylocoque doré, le coli-bacille, le bacille typhique, le proteus, le prodigiosus et le pyocyanique se multiplient. Le bacille de Friedlaender se comporte d'une façon inconstante. Des recherches ultérieures ont démontré qu'étant chauffé jusqu'à 70° degrés, le mucus nasal perd ses propriétés bactéricides. J. MOELLER.

III. — *LARYNX*

Sur l'application du phonographe à la pathologie et à la thérapeutique de la voix, par THÉODORE S. FLATAN (*Klin. Wochenschr.*, n° 8, 25 février 1901).

Cet article traite de trois questions.

1° La technique du phonographe et les précautions à prendre pour obtenir les meilleurs résultats.

2° La valeur du phonographe au point de vue de la reproduction du langage chanté et articulé.

3° L'emploi du phonographe pour l'examen des troubles vocaux et l'étude de leur marche pendant et après le traitement.

I. — Le phonographe, malgré tous les perfectionnements de ces derniers temps, n'est pas encore l'instrument idéal pour la reproduction de la voix surtout parlée. Il s'agit donc de connaître les conditions qui peuvent lui faire donner les meilleurs résultats. Les phonographes à mouvement d'horlogerie sont presque aussi silencieux que les phonographes électriques. Les bruits accessoires qui altèrent ou dénaturent les sons, proviennent des cylindres. Il faut les choisir d'aussi bonne qualité que possible. Les cylindres plusieurs fois rabotés ont moins de bruits accessoires que les neufs.

Les diaphragmes enregistreur et reproducteur doivent être essayés comparativement, avec grand soin. Ceux qui rendront le mieux la voix seront seuls employés.

Un point très important est aussi le choix des appareils destinés à porter les ondes sonores soit à l'enregistreur, soit à l'oreille. Ils doivent ajouter le moins de vibrations propres à celles qu'on leur confie. Pour écouter un phonogramme le meilleur appareil est le tube acoustique avec deux embouts cylindriques en caoutchouc durci appliqués aux oreilles. Le cornet acoustique métallique altère le timbre de la voix. Lorsqu'on veut faire entendre un phonogramme à un auditoire, le mieux est de se servir de cornets à parois sans vibrations propres, en étoffe et papier, par

exemple. Pour enregistrer, il faut employer un cornet pas trop long, 60 centimètres au plus, et constitué par des parois non ou peu vibrantes, du papier goudronné, du zinc épais, recouvert à l'intérieur et à l'extérieur par des bandes de diachylon, et une épaisse couche de gomme laque ou par les éléments isolateurs des câbles pour lumière électrique.

Il faut toujours employer la même vitesse de rotation du cylindre pour l'enregistrement et pour la reproduction.

La multiplication par coupe des cylindres enregistrés est des plus recommandables contre l'usure et les risques de casse, la copie directe sur cylindre de même taille est moins avantageuse.

II. — Les sons émis par les instruments de musique et par la voix chantée sont pareillement reproduits par le phonographe quelle que soit leur hauteur. La sensibilité du phonographe pour les sons faibles et les nuances du chant est malheureusement de beaucoup inférieure à celle de notre oreille,ce qui diminue les éléments du diagnostic.

Les défauts du chanteur, et les altérations de sa voix, surtout de son timbre, sont impitoyablement reproduits par le phonographe, quand le chant enregistré est de forte ou moyenne intensité. Cela doit être utilisé le cas échéant pour montrer au chanteur malade l'étendue et la marche de son mal.

La voix articulée subit des modifications spéciales dans le phonographe. Les consonnes, *f*, *b*, et *p*, *d*, *t*, et *r* lingual, *r* guttural, *ug y* (semi voyelle) *h* et *k* sont presque toujours parfaitement reconnaissables à la reproduction ; *s* sonore et muet, *sch*, *z*, ne sont pas reconnaissables au phonographe ;ils prêtent à confusions assez typiques, *m* est pris pour *w* ; *g* (dur) pour *d* ou *t* ; *l* et *n* ont été rarement pris l'un pour l'autre ; ils se confondent plus souvent et de façon typique avec *g* (dur) et *h* (?).

En somme,la moitié des articulations vocales sont reproduites de façon à être parfaitement reconnues. Mais cela dépend encore énormément de la connaissance ou ignorance du texte et de langue du phonogramme par l'auditeur. D'ailleurs, cette question de la phonétique par le phonographe n'est pas encore bien mûre et l'auteur ne veut pas s'y aventurer davantage.

III. — Etant donné l'état actuel du phonographe et de nos connaissances sur ses facultés de reproduction, il ne faut pas, au point de vue de l'examen des troubles vocaux, demander à cet instrument plus qu'il ne peut donner.

L'auteur avait montré il y a deux ans, à propos d'un cas de voix de fausset persistant, le profit que l'on pouvait tirer du pho-

nographe dans des limites déterminées pour l'investigation pathologique des troubles vocaux, la constatation et le contrôle des résultats du traitement, enfin pour l'enseignement clinique et physiologique. Aujourd'hui, il présente des phonogrammes relatifs à deux cas de troubles vocaux. Chez le premier malade, il a enregistré, sur un même cylindre,trois fois de suite le même passage, c'est-à-dire : 1° avant toute intervention ; 2° après suppression d'épreuve par la cocaïne d'un gonflement intense de la muqueuse des fosses nasales ; 3° après suppression par le même procédé d'une tuméfaction de la paroi postérieure du larynx. La comparaison de ces trois enregistrements successifs a montré que le grave trouble d'intonation et l'altération du timbre du malade ont subi, après la première intervention, les changements suivants : les troubles de l'intonation graves sont en moindre nombre ; en certains points, on entend bien plus nettement un son étranglé ; le timbre est devenu métallique et éclatant. Après la seconde intervention les troubles de l'intonation ont considérablement diminué

Chez le second malade, atteint de voix étranglée, les mêmes interventions d'épreuve suivi d'enregistrement phonographique ont amené a un pronostic très réservé. Un phonogramme pris après 6 mois de traitement local et gymnastique a montré en effet, par comparaison avec les premiers, que malgré une grande amélioration il n'y avait pas guérison.

De ces faits et de bien d'autres, il résulte que le phonographe est à même d'aider beaucoup au diagnostic ainsi qu'à la détermination des troubles mécaniques des organes de la phonation.

Si on combine avec ces renseignements ceux fournis par l'enregistrement phonographique de la voix chantée dans toute son étendue et dans ses différents registres, on ajoute des éléments pour un diagnostic plus exact. Ainsi donc le phonographe par la fixation des états différents de la voix avant et pendant le traitement permet non seulement leur diagnostic plus précis mais encore une notion exacte de la marche de la maladie.

NOUVELLES

Par arrêté en date du 1er janvier 1902, M. le Dr Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux de Paris, est nommé chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Lariboisière, en remplacement de M. le Dr Gouguenheim, décédé.

Date des réunions générales à Londres en 1902 des Sociétés spéciales.

La *British laryngological rhinological aud otological association*, se réunira à Chandos Street, n° 11, Cavendish Sq. Les vendredis 10 janvier, 14 mars (dîner annuel), 9 mai, 11 juillet, 7 novembre.

La *Laryngological Society of London* se réunira à Hannover Sq. n° 20 à 5 heures du soir, les vendredi 10 janvier (dîner annuel) 7 février, 7 mars, 4 avril, 2 mai, 6 juin.

La *Otological Society of the United Kingdom*, se réunira à Chandos Street, n° 11, Cavendish Sq. : à 4 heures et demie du soir, les lundis 3 février, 3 mars, 5 mai, 1er décembre (dîner annuel).

La *Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris*, se réunira le vendredi 28 février à 10 heures du matin à la clinique du Dr Boulay, 1, rue de Condé.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Infiammazioni e tumori nei seni sfenoidali, par le Dr Enrico Secreti (Roma.— Casa editrice Gran Mundo, 1 vol. in 8° de 110 p., avec figures 1902).

Maladies de la voix, par A. Castex. C. Naud, éditeur, Paris, 1902.

Contribution à l'étude de la bactériologie des otites moyennes aiguës (Travail du laboratoire de M. le Dr Lermoyez), par le Dr H. Coussieu, Naud, éditeur, Paris, 1901.

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXVIII. — N° 2. — Février 1902.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

VERTIGE D'ORIGINE NASALE

Par F. J. COLLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon.

L'observation que voici m'a paru devoir être publiée à titre de document clinique intéressant. L'interprétation pathogénique du phénomène reste encore à élucider.

M. D... 32 ans environ, coiffeur, m'est adressé par le D[r] Levrat, le 9 juillet 1901. Père encore vivant, et bien portant à 74 ans, mère morte jeune d'affection indéterminée. Aucune maladie nerveuse dans sa famille. Lui-même n'a jamais eu d'affection nerveuse et n'a jamais pris de crises convulsives, mais il se reconnaît très nerveux. Son sommeil est fréquemment agité et il a pendant la nuit des mouvements brusques et des soubresauts, mais rien qui puisse faire penser à une crise d'épilepsie nocturne (il se réveille, pas de morsure de la langue, pas de dépression consécutive, etc.). Dans ses antécédents, on relève une pleurésie, un abcès d'origine incertaine, il y a six ans, vers l'angle du maxillaire et, peu après, une angine vraisemblablement de nature diphtérique, car elle s'accompagna d'une paralysie du voile du palais avec nasonnement et reflux nasal des liquides qui persista pendant plus de deux mois et dont il ne reste maintenant aucune trace. Enfin il avait autrefois des éternûments violents s'accompagnant d'une douleur instantanée et très vive dans la région des sinus frontaux.

Le malade n'a pas eu là syphilis, n'est pas alcoolique, ne fume pas ; il a pris autrefois beaucoup de café qu'il a dû cesser à peu près complètement parce qu'il finissait par le supporter mal en raison de son état nerveux.

Les accidents pour lesquels il vient consulter se sont montrés à

trois reprises, le 24 décembre (il y a six mois et demi), vers le 1er janvier, et il y a une dizaine de jours. Ils se sont produits dans les circonstances suivantes :

Le 24 décembre, il venait de poser un savon sur une table de toilette lorsqu'il a été pris d'un picotement dans les fosses nasales suivi d'un seul éternûment violent, d'une douleur vive à la nuque et d'une chute en avant, la face sur la table. Il a eu le temps d'étendre les mains pour se garantir, on l'a fait asseoir aussitôt ; il affirme ne pas avois perdu connaissance un instant. Le reste de la soirée il a été somnolent et abattu.

Quinze jours plus tard, il était à table, en train de prendre son potage, lorsqu'il a senti un picotement à la gorge, a été pris d'une secousse de toux et a perdu l'équilibre comme la première fois.

Enfin, il y a douze jours il écrivait, assis, lorsqu'il a ressenti dans les fosses nasales un picotement avec éternûment qui n'est pas « arrivé à destination » (*sic*). Après avoir ressenti une douleur à la nuque, il est tombé la tête sur la table, et, pendant quelques secondes, ses avant-bras et ses doigts ont été animés de mouvements convulsifs.

Ces singuliers accès qui paraissent avoir eu deux fois un point de départ nasal et une fois un point de départ pharyngé ou laryngé présentent quelques caractères communs : début inopiné par un picotement, douleur instantanée et excessivement vive à la nuque, chute sans perte de connaissance et sans résolution musculaire complète, abattement consécutif.

Au moment où le malade va tomber, il ne voit pas tourner les objets et n'a pas la sensation de tournoiement, mais il voit les objets éloignés s'incliner ; il n'a pas de bourdonnements d'oreille.

La face est congestionnée pendant quelques secondes, puis elle devient excessivement pâle pendant plusieurs minutes et il s'établit pendant un quart d'heure environ une transpiration abondante.

Le pouls n'a jamais été examiné pendant les accès, mais je l'ai trouvé accéléré ; je l'ai compté avec soin à plusieurs reprises et l'ai trouvé à 116 à la minute, alors que le malade était au repos et avait la peau froide. Cette accélération est digne de remarque. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La sensibilité est égale des deux côtés ; les conjonctives ont un peu d'hypoesthésie : le contact de la cornée seul détermine le clignement, encore n'a-t-il rien de brusque. Pas de nausée par l'attouchement du pharynx ; mais le malade prend du bro-

mure depuis une semaine. L'examen ne montre qu'un peu de congestion du larynx et du pharynx, avec quatre ou cinq granulations sur celui-ci. La fosse nasale gauche présente un éperon au niveau duquel la sensibilité de la muqueuse est augmentée, ailleurs la muqueuse n'a pas d'hyperesthésie.

Enfin, l'oreille gauche présente une sclérose intense du tympan qui la rend nulle au point de vue fonctionnel ; la droite est normale.

En résumé, il s'agit d'un homme jeune, qui, après un picotement nasal suivi ou non d'éternuement, éprouve à la nuque une douleur très vive et instantanée, et tombe sans perdre connaissance, sans résolution musculaire complète. Cette singulière crise s'accompagne de congestion, puis de pâleur de la face ; elle est suivie d'un abattement prolongé.

Tel est le fait clinique. On est assez embarrassé lorsqu'on veut essayer d'interpréter sa pathogénie, ou même de le dénommer convenablement.

Le terme « vertige d'origine nasale » me paraît préférable à celui d' « ictus » puisqu'il n'y a pas de perte de connaissance, bien que ce dernier traduise bien la soudaineté du phénomène.

Cette soudaineté et les conditions dans lesquelles il se produit rappellent assez l'ictus laryngé et on est tenté de faire un rapprochement entre les deux accidents, rapprochement d'autant plus autorisé, je crois, que le malade, entre les deux accès de vertige d'origine nasale, a eu un accès de vertige laryngé ou pharyngé.

L'explication pathogénique de l'ictus laryngé est encore incertaine. En voici les principales théories : 1° La perte de connaissance, et les convulsions qui l'accompagnent quelquefois sont le résultat de l'anémie cérébrale consécutive elle-même aux secousses de toux qui augmentent la pression intrathoracique, comme dans la classique expérience de Weber, compriment les oreillettes et produisent ainsi la stase veineuse et l'anémie artérielle du cerveau. Dans cette hypothèse l'ictus laryngé est un vertige d'origine circulatoire ; elle a contre elle les cas où la perte de connaissance se produit après une seule

secousse de toux, impuissante à modifier beaucoup la pression intrathoracique. 2° La deuxième théorie admet qu'une excitation du laryngé supérieur, mise en évidence par le picotement et la toux, s'irradie à travers les centres jusqu'à l'écorce cérébrale où elle agit par inhibition, d'où perte de connaissance. 3° La troisième théorie invoque également une excitation du laryngé supérieur, se propageant jusqu'à l'origine du pneumogastrique dans le bulbe et se réfléchissant là sur le centre modérateur des mouvements du cœur. Un pareil réflexe est assurément très vraisemblable si l'on tient compte des rapports de voisinage des centres en question, qui font que l'action nerveuse se passe tout entière dans des territoires contigus d'un même noyau nerveux. Le ralentissement et l'affaiblissement des mouvements du cœur produiraient secondairement l'anémie artérielle du cerveau.

A côté de ces théories, je dois mentionner celle qui considère l'ictus laryngé comme une manifestation épileptique.

J'ai rappelé brièvement ces essais d'interprétation pathogénique parce que le vertige d'origine nasale se prête aux mêmes considérations, bien qu'il n'aboutisse pas à la perte de connaissance, mais à une obnubilation incomplète avec perte des forces et de l'équilibre. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une excitation du trijumeau s'irradiant jusque vers l'écorce cérébrale pour l'inhiber au moins partiellement ; l'hypothèse d'une anémie cérébrale par de violents éternuements déterminant l'augmentation de la pression intrathoracique et l'affaissement des oreillettes ou des grosses veines est encore moins vraisemblable, puisque la chute a pu se produire après le picotement nasal et *sans éternuement ;* je crois plutôt que l'excitation s'irradie de la deuxième branche du trijumeau, qui a ici une susceptibilité tout à fait anormale, vers divers centres bulbaires, par exemple le centre modérateur du cœur, le centre vaso-moteur, etc. L'anémie cérébrale ne serait que secondaire. La physiologie nous enseigne qu'une brusque excitation du trijumeau peut déterminer la mort subite par syncope. Ainsi s'expliqueraient la violente douleur à la nuque, la pâleur de la face, la transpiration consécutive.

Evidemment tout cela nécessite une prédisposition spéciale

des centres nerveux et une irritabilité vraiment remarquable du nerf trijumeau, point de départ de la crise. L'idée d'une crise d'épilepsie larvée d'un genre tout spécial dont le picotement nasal serait l'aura, se présente immédiatement à l'esprit. Cette hypothèse a pour elle la pâleur de la face, les mouvements convulsifs observés une fois, la lassitude consécutive à l'accès; elle a contre elle l'absence de perte de connaissance complète, l'absence de tout stigmate ou de toute manifestation de la névrose, l'apparition des crises seulement à l'âge adulte. Le domaine de l'épilepsie tend à se démembrer; il y a des épilepsies et non une épilepsie; si l'on veut appliquer ici ce terme, dont la définition est parfois malaisée, ce ne peut être que dans son sens le plus large, en voulant exprimer ainsi la brusque réaction d'un système nerveux prédisposé. Jusqu'à plus ample informé, je propose le terme *vertige d'origine nasale* ou *vertige nasal* qui n'a aucune prétention pathogénique.

II

ABCÈS EXTRA-DURAL AVEC PACHYMÉNINGITE D'ORIGINE OTIQUE EVIDEMENT DU ROCHER. GUÉRISON [1]

Par **Georges LAURENS**, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant à l'hôpital Saint-Antoine

Parmi les abcès extra-duraux de l'étage moyen du crâne ou de la loge cérébelleuse que j'ai rencontrés en assez grand nombre au cours des mastoïdites et opérés avec succès, j'ai observé, comme tous les auteurs du reste, des symptômes méningitiques fréquents qui disparaissaient aussitôt après l'intervention. Mais jamais je n'ai vu le syndrôme méningé réalisé d'une manière aussi complète que dans le cas suivant et c'est précisément l'intérêt clinique de cette observation qui m'a engagé à la présenter.

OBSERVATION. — Il y a 16 mois, le 27 juin 1900, on transportait d'urgence à l'hôpital, une jeune femme de 24 ans avec l'étiquette diagnostique suivante : méningite d'origine otique. La malade et le diagnostic provenaient d'un service de médecine voisin.

La famille nous fournit immédiatement les renseignements suivants qu'il était impossible d'obtenir de la malade ; celle-ci, en effet, poussait des plaintes continuelles, geignait constamment et était en état de subdélire. Voici quelle avait été la filiation des accidents.

Vers l'âge de 12 ans, une otite suppurée s'était déclarée dans l'oreille droite qui, chaque année pendant l'été, avait reparu, peu abondante, non douloureuse, mais fétide. Chaque année également,pendant les trois mois de suppuration, la malade traitait ce qu'elle appelait son « furoncle de l'oreille » par des irrigations abondantes à l'eau de guimauve et à l'eau boriquée, puis tout

[1] Communication au Congrès français de chirurgie. Paris 1901.

rentrait dans l'ordre jusqu'à l'année suivante. Et ainsi allèrent les choses jusque dans le courant d'avril 1900. Alors apparut brusquement, une nuit, dans le cours d'une bonne santé, sans maladie causale apparente, une céphalée d'abord temporale, intermittente, mais qui se généralisa par la suite et devint continue. L'oreille coula comme d'habitude, et cette fois le pus fut teinté de sang. Pour la première fois la malade consulta : on porta le diagnostic de carie de la caisse avec polypes de l'oreille. Ceux-ci furent enlevés, mais l'intervention n'amena aucune détente dans les douleurs auriculaires et dans la céphalée. Au contraire, en juin les signes d'irritation cérébrale allèrent croissant d'intensité pendant une dizaine de jours : céphalée atroce, fronto-occipitale, presque permanente, arrachant des cris à la malade, qui cependant n'est pas nerveuse, frissons presque quotidiens, température élevée, vertiges et chutes dans la station debout. En outre, insomnie avec délire nocturne et parfois mouvements convulsifs des membres. En même temps des troubles gastro-intestinaux apparaissaient : vomissements et constipation. Cet état général s'aggravant, la malade fut transportée à l'hôpital.

L'examen nous fournit les détails suivants. Elle était couchée en chien de fusil et présentait une raideur de la nuque très accentuée, raideur généralisée à la colonne vertébrale et rendant très difficile la station assise dans le lit. Signe de Kernig évident. Température 39°8. Pouls à 140. Pas de paralysie motrice. Comme troubles oculaires, du myosis. La malade répondant très vaguement aux questions, l'examen fut surtout objectif. Localement, le cuir chevelu présentait une hypéresthésie généralisée, toute pression était douloureuse, néanmoins le doigt appliqué fortement sur l'antre mastoïdien provoquait un mouvement de défense et exagérait la douleur. Comme aspect, l'apophyse était normale. L'oreille bien nettoyée du pus fétide qu'elle renfermait montrait une caisse tympanique bourrée de fongosités abondantes, indice de rétention purulente.

Cet examen clinique pratiqué hâtivement permettait de conclure nettement à la présence d'une complication intra-crânienne suppurée de l'oreille droite et il était vraisemblable de songer à une lésion des enveloppes cérébrales. L'absence de grands frissons, d'accidents métastatiques, la température élevée, mais continue, la rapidité du pouls, permettaient d'exclure toute hypothèse d'abcès encéphalique ou de phlébite des sinus crâniens, et il était logique d'admettre une méningite ou une pachyméningite suppurée. Il me fut impossible de pratiquer à ce moment la ponction

lombaire qui eut éclairé immédiatement le diagnostic. Mais en somme le cas était grave et commandait une intervention urgente.

Opération. — Le plan opératoire fut le suivant, dont la marche du reste est classique : ouvrir l'apophyse et la caisse et explorer dure-mère et sinus. Je pratiquai donc aussitôt la trépanation de la mastoïde qui était éburnée, ce ne fut qu'après avoir enlevé un centimètre d'os que je rencontrai l'antre, petit, profond et environné d'une gangue ostéo-scléreuse. Cette ostéite condensante expliquait parfaitement la succession des phénomènes cliniques et l'extension des lésions plutôt en profondeur que vers la superficie.

L'antre mastoïdien renfermait du pus fétide et des fongosités. Le curettage complet et une hémostase soigneuse me permirent alors de constater que ces fongosités se dirigeaient : 1° en avant du côté de la caisse ; 2° en haut vers l'endocrâne. L'exploration prudente avec la sonde cannelée montrait en outre que le toit de l'antre était détruit par la carie osseuse et en refoulant les fongosités en haut vers la cavité crânienne, un jet de pus abondant et fétide apparut.

Le diagnostic était donc évident : foyer de carie oto-mastoïdien ayant perforé le toit de la mastoïde et provoqué un abcès extra-dural. La conduite opératoire était donc de dénuder et de drainer largement le foyer. Je complétai donc la trépanation simple de l'apophyse par l'évidement du rocher, je fis sauter sur le protecteur de Stacke la paroi externe de l'aditus très largement. Bien m'en prit, car j'eus encore une nouvelle surprise : les parois supérieures de l'aditus et de la caisse n'existaient plus, toute la voûte osseuse de l'oreille moyenne et de ses cavités adjacentes avait été détruite par l'ostéite et la dure-mère fongueuse faisait hernie dans la caisse et l'apophyse. Je curettai les fongosités superficielles, recouvrant la dure-mère, vidai le pus compris entre la dure-mère et l'os, achevai la toilette de la tranchée opératoire, enlevai les osselets cariés et terminai par un pansement à la gaze stérilisée simple, très modérément tassée pour éviter toute compression.

J'ajoute en terminant que l'opération faite, je pus faire pratiquer la ponction lombaire qui n'avait pu être réalisée en son temps. Le liquide céphalo-rachidien était limpide, il y avait donc lieu d'écarter toute hypothèse de méningite.

Suites opératoires. — Elles furent marquées par une détente des phénomènes cérébraux. Deux jours après l'intervention la cé-

phalée s'était notablement amendée et n'offrait plus qu'une localisation frontale, la raideur de la nuque était moins accentuée, le sommeil avait reparu, aucun trouble de l'équilibre dans la position assise, la température était tombée à 37°5 et le pouls à 80.

Je fis le premier pansement le quatrième jour, en raison d'une légère élévation thermique, les mèches fétides furent remplacées et la plaie nettoyée. L'amélioration alla en s'accentuant ; huit jours après, la malade avait repris son état normal, la température était régulière, la céphalée, la raideur de la nuque avaient totalement disparu. Au bout de quatre mois, la brèche opératoire était complètement épidermisée.

*
* *

Réflexions. — Ce cas choisi parmi nombre d'abcès extra-duraux que nous avons opérés, nous a paru digne d'être relaté, au double point de vue symptomatique et opératoire.

L'allure clinique était celle de la méningite, tel avait été du reste le diagnostic médical. On sait fort bien, en effet, que la méningite d'origine auriculaire se traduit sous deux formes principales : l'une suraiguë, plus particulièrement liée aux otites récentes et qui tue le malade en quelques jours ; l'autre chronique, dont la durée varie de quelques semaines à plusieurs mois et qui complique les otorrhées de vieille date. Cependant un signe d'une grande valeur aurait pu fournir une utile indication diagnostique pré-opératoire : la ponction lombaire. Elle nous a cependant parfois donné un résultat négatif dans quelques cas de leptoméningite purulente circonscrite de la base et en particulier de la loge cérébelleuse.

Somme toute, dans l'observation précédente, au point de vue clinique, beaucoup de symptômes cadraient en faveur d'une méningite et ce fut seulement l'intervention qui leva les doutes.

Aussi, dans tous ces cas d'oto-mastoïdite avec complications endo-crâniennes, il n'y a aucune hésitation à intervenir : 1° dans les cas presque désespérés (car il faut faire la part d'une erreur de diagnostic possible), et 2° dans les cas douteux, dût la trépanation rester exploratrice.

En pareille circonstance, la conduite opératoire pour laquelle tous les otologistes et chirurgiens sont d'accord est celle-ci : trépaner largement le foyer original de l'infection, c'est-à-dire mastoïde et cavités de l'oreille moyenne. Ce premier temps accompli, deux cas se présentent : 1° il existe une fistule conduisant dans la cavité crânienne et dont l'opérateur devra suivre le trajet jusqu'à son terme ultime ; 2° il n'y a aucun foyer d'ostéite apparent formant une étape intermédiaire entre les annexes de l'oreille et l'endocrâne. Dans ce cas, on devra faire sauter le toit de l'antre pour dénuder la dure-mère et constater son état, en outre mettre à nu le sinus latéral pour éliminer la présence d'un abcès extra-dural péri-sinusal. Si la dure-mère est saine, on ne sera autorisé à intervenir sur l'encéphale et à ponctionner le cerveau et le cervelet que si, au bout de 24 ou 48 heures, les accidents cérébraux n'ont pas rétrocédé.

Quelle est la pathogénie de ces pseudo-méningites ? Les accidents sont-ils dûs à une irritation méningée au voisinage d'un foyer infectieux ? Existe-t-il, en réalité, une méningite à streptocoques incomplète, bien localisée et qui guérit après le drainage du foyer suppuré ? Faut-il enfin admettre, avec Broca, l'existence autour de l'oreille infectée contenant du pus sous rétention, d'un œdème, d'une congestion septique qui peut rétrocéder après nettoyage du foyer initial, comme disparaissent, après l'ouverture d'un phlegmon, l'œdème et l'infiltration de voisinage ? Nous nous rallierons plutôt à cette hypothèse qui paraît plus admissible que les précédentes.

III

NOUVEL INSTRUMENT (SEPTOTOME) POUR REDRESSER LES CLOISONS NASALES DEVIÉES

Par **COUSTEAU**, de Paris.

Jusqu'à ce jour un grand nombre d'instruments et de nombreux procédés ont été proposés pour redresser les cloisons nasales déviées. A notre avis, l'éclectisme le plus absolu doit nous diriger dans cette petite intervention, tant sont différentes d'aspect les déviations qui se présentent sous le spéculum du rhinologiste.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toute l'instrumentation rhinologique destinée à cette intervention, ni même de rappeler tous les différents procédés préconisés jusqu'à ce jour par les spécialistes français et étrangers. Cette question a été, à plusieurs reprises déjà, traitée par des auteurs beaucoup plus autorisés que nous.

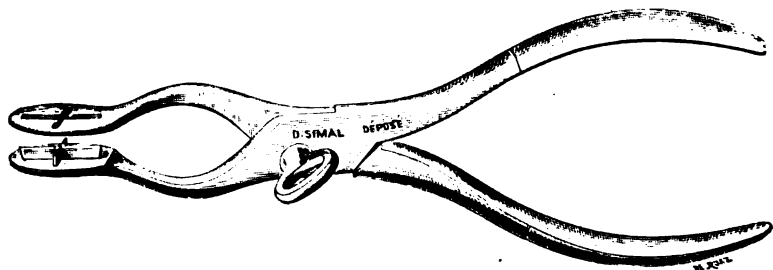
Nous nous proposons seulement d'attirer quelque peu l'attention sur un nouvel instrument que nous venons d'imaginer. Cet instrument, que nous appellerons septotôme, étant données ses attributions, pourra, chaque fois que nous rencontrerons une cloison déviée au niveau du cartilage quadrangulaire, nous être d'une grande utilité par la simplicité de son fonctionnement. Encore faudra-t-il que cette déviation ne soit pas par trop angulaire ni accompagnée d'épaississement ou de crêtes. Comme tous les autres procédés le nôtre ne pourra donc s'appliquer qu'à un nombre restreint de déviations.

Lorsque nous aurons trouvé une déviation répondant à toutes ces conditions, l'emploi de notre instrument sera très avantageux. Un seul temps, et surtout pas d'hémorrhagie venant entraver l'opérateur pendant l'intervention, tels sont les avantages de notre procédé, avantages sur lesquels il est, pensons-nous, absolument inutile d'insister.

L'anesthésie complète n'est pas utile, l'intervention très

rapide d'ailleurs n'est que peu douloureuse après cocaïnisation des fosses nasales.

Notre septotôme a pour but de faire sur la cloison en un seul temps une incision cruciale permettant de mobiliser les quatre lambeaux ainsi formés qu'on maintiendra ensuite en bonne place par un tamponnement à la gaze iodoformée. C'est une pince de 25 centimètres de long environ, munie d'une articulation de forceps, permettant l'introduction de chaque branche séparément. Entre les mors et l'articulation se trouve un écartement des branches destiné à recevoir la sous-cloison. Les mors, formés de deux plaques ovales de 2 millimètres et demi d'épaisseur, ont environ 2 centimètres de long sur 1 centimètre et demi de large. Le mors de la branche mâle porte sur sa face interne deux lames tranchantes,



de 3 millimètres de saillie, se croisant à angle droit. Celui de la branche femelle est fenêtré en croix de façon à recevoir exactement les lames de la branche opposée.

La technique opératoire est des plus simples : anesthésie locale ou générale ; introduction de la branche munie des lames coupantes dans la narine correspondante à la concavité de la déviation ; puis introduction de l'autre branche, facilitée par le peu d'épaisseur du mors de la pince. Lorsque les deux mors sont bien en place, c'est-à-dire, correspondent bien au niveau de la déviation, on rapproche les manches de la pince, on articule et on tourne à fond la visse de serrage. Dès lors, prenant la pince de la main droite, nous en rapprochons fortement les manches. Un bruit sec nous apprend que la cloison est sectionnée ; on retire la pince ; l'opération est terminée. Il

ne reste plus qu'à faire, sous le contrôle de la lumière, un tamponnement à la gaze iodoformée, suffisamment serré du côté convexe de façon à repousser dans un plan rectiligne la cloison dont les quatre lambeaux se laissent facilement récliner. Ce tamponnement sera beaucoup plus lâche du côté opposé.

Parfois, lorsque la mobilité de la cloison ne sera pas suffisante, il sera bon de faire précéder ce tamponnement d'une dilatation digitale, suivant la méthode de notre collègue le Dr Mahu.

L'hémorrhagie assez abondante s'arrête lorsque le tamponnement est terminé. On laissera le pansement en place pendant trois jours. Puis on détamponnera avec précaution en commençant par le côté le moins serré. Ce pansement est assez douloureux et provoque une hémorrhagie assez vive. Après avoir fait moucher le malade, on retamponnera à nouveau à la gaze iodoformée. Nous laissons ce deuxième pansement en place pendant 48 heures, et à partir du sixième jour, nous faisons un pansement quotidien à la gaze stérilisée, précédé d'une toilette et d'une inspection des fosses nasales destinée à régulariser notre résultat et à éviter les synéchies.

Douze à quinze jours suffisent en général à obtenir la cicatrisation complète.

Trois malades ont été opérés de cette façon : deux à l'hôpital Saint-Antoine, à la clinique du Dr Lermoyez, le troisième dans notre clientèle particulière. Les résultats sur les deux derniers ont été très satisfaisants. Chez le premier, au contraire, le résultat obtenu a été imparfait ; la cloison osseuse participant en masse dans la déviation, la partie antérieure du septum a seule été redressée. Le petit malade (13 ans) a cependant bénéficié de l'intervention, car précédemment, pendant les inspirations, l'aile du nez du côté dévié venait en contact avec la cloison et s'opposait à toute entrée de l'air. Après le redressement de la cloison cartilagineuse, cet inconvénient disparut et permit le passage de l'air à travers l'étroit pertuis qui subsistait entre la cloisson osseuse et la paroi externe du côté correspondant. Dans la suite, une turbinotomie à l'aide de la pince de Laurens est venue augmenter sa perméabilité nasale.

IV

DE LA MENSURATION GRAPHIQUE DE LA PERMÉABILITÉ DES FOSSES NASALES [1].

Par A. COURTADE

Dans les affections du rhino-pharynx, on constate fréquemment une insuffisance de perméabilité de ces cavités qui oblige le sujet malade à respirer en partie par la bouche pour compléter l'apport d'air que le nez ne suffit pas à procurer.

Jusqu'à présent on en était réduit aux affirmations du malade ou de son entourage pour savoir si la bouche participait ou non à l'acte respiratoire ; dans bien des cas, les renseignements ainsi obtenus étaient vagues, imprécis, et n'indiquaient que rarement le degré de respiration buccale. On recourait alors à la méthode qui consiste à faire souffler par une narine sur le dos de la main pour apprécier la force du courant d'air que l'on comparait avec celui de la narine opposée.

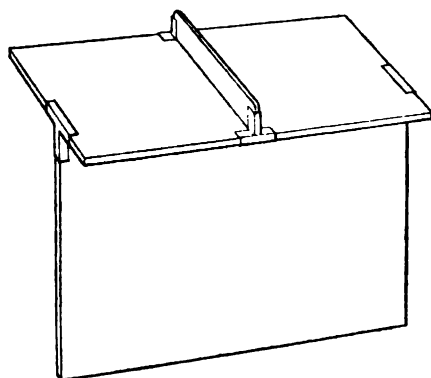
Ce procédé sommaire ne pouvait donner de résultats sérieux, et nous pouvons dire qu'il en donnait d'inexacts au point de vue du fonctionnement physiologique des fosses nasales; la force du courant d'air reçue sur la main pouvait être appréciée diversement par des observateurs différents, dans les cas douteux, et n'était que le produit d'une expiration volontaire, forcée, et non d'une expiration normale, habituelle.

Or, il est de très minimes obstacles qu'un courant d'air ainsi produit peut forcer, et qui sont, cependant, suffisants pour obliger le patient à tenir la bouche ouverte dans la respiration spontanée et inconsciente.

[1] Communication faite à la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris, le 17 janvier 1902.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la pression de l'inspiration équivaut à une colonne de mercure de 3 à 4 millimètres et celle de l'expiration à 2 ou 3 millimètres seulement ; tout obstacle siégeant dans le rhino-pharynx, qui augmentera cette pression de 1 millimètre, produira en réalité une augmentation de pression de 1/4 à 1/3 de la pression totale ; la sensation de gêne que ressent le sujet, à chaque mouvement respiratoire, c'est-à-dire quinze à dix-huit fois par minute, l'obligera à réduire cette surcharge à son taux normal en respirant par la bouche.

En raison des inconvénients multiples que présente la respiration buccale, il y a donc un grand intérêt pour le médecin, même non spécialiste, à connaître la part contributive de la bouche dans l'acte respiratoire pour juger du degré d'obstruction des premières voies aériennes, au point de vue physiologique.



L'absence d'appareil clinique et pratique pour atteindre ce but nous a incité à construire celui que nous appellerons *pneumodographe*, c'est-à-dire qui inscrit le chemin que suit l'air.

Il se compose de trois lames de verre superposées : la première, verticale, se place au devant de la bouche et à une distance que l'on peut faire varier ; le seconde, horizontale, se trouve à une distance limitée des narines ; la troisième, verticale et à direction antéro-postérieure, partage la précédente

en deux moitiés égales ; s'appuyant par son bord supérieur contre la sous-cloison, elle sépare la respiration de la narine droite de celle de gauche.

Ces trois lames de verre sont maintenues ensemble à l'aide de griffes qui n'agissent que par pression, ce qui permet de monter et de démonter l'appareil en quelques secondes et de le loger dans une boîte plate de faibles dimensions ; il est ainsi rendu plus portatif que si les glaces eussent été fixées invariablement l'une à l'autre.

Les dimensions des glaces importent peu, car le résultat est le même, pourvu qu'elles soient suffisantes pour que l'air expiré ne dépasse pas leurs limites ; nous nous servons d'un modèle pour les adultes et d'un autre plus petit pour les enfants, bien qu'un seul puisse suffire à tous les cas.

Le principe de l'instrument est d'une notion vulgaire car il est basé sur le dépôt de buée qui se produit sur une lame de verre froide ; l'air expiré étant à 37° et saturé de vapeur d'eau, c'est-à-dire, contenant 42 grammes d'eau par mètre cube, abandonne sur le corps froid une certaine quantité de vapeur d'eau qui se condense sous forme de gouttelettes d'autant plus grosses et confluentes que l'air est projeté en plus grande quantité.

Par une température extérieure de 15° environ, quelques expirations suffisent pour permettre de constater la perméabilité des deux fosses nasales, par simple inspection, et dix ou quinze expirations au plus sont nécessaires pour pouvoir en prendre l'empreinte ; en un mot, il suffit d'une minute pour obtenir le tracé de la respiration nasale ou bucco-nasale.

Les traces de la buée, déposée sur le verre, ne tardant pas à s'évaporer, il ne serait rien resté de l'expérience que le souvenir si on n'avait trouvé le moyen d'en relever l'empreinte.

Après des tâtonnements et des essais divers, je me suis arrêté à deux moyens qui donnent d'assez bons résultats. L'un est basé sur le fait qu'une couleur d'aniline en poudre colore peu le papier sur lequel elle est étendue mais se transforme en encre foncée dès que ce papier est imprégné d'eau, comme tout le monde a pu le constater avec les crayons qui sont dans le commerce.

L'autre moyen qui est chimique est aussi sensible que le premier et la couleur est encore plus tranchée, au bout de quelques heures, qu'avec le papier précédent. Il repose sur la réaction, bien connue, du tanin sur les sels ferriques ; la réaction ne se produit que là où le papier est mouillé et la couleur noirâtre tranche vivement sur le fond jaunâtre du papier.

Le mode d'application du *pneumodographe* est des plus simples ; on dispose simplement l'appareil de manière que la petite lame antéro-postérieure appuie à la fois contre la sous-cloison et la lèvre supérieure et on invite le patient à respirer d'une façon *habituelle et naturelle, sans y penser, si c'est possible malgré la présence de l'instrument.* Après dix ou quinze expirations, au plus, on retire l'instrument, on enlève la lame de la sous-cloison et la pince correspondante, puis on couche le papier impressionné sur la ou les plaques de verre ; on appuie légèrement le papier avec les doigts ou un buvard presse pour bien faire absorber toute l'humidité et le cliché est obtenu instantanément visible et facile à interpréter.

Si le mode respiratoire est mixte, c'est-à-dire bucco-nasal, il faut d'abord prendre l'empreinte de la lame buccale, parce que, généralement beaucoup moins abondante, elle ne tarde pas à disparaître.

Le papier préparé avec une couleur d'aniline, la safranine par exemple, porte une empreinte rouge très vive immédiatement, tandis que le papier au tanin ne devient très foncé qu'après quelques minutes.

Ce mode d'exploration dont on peut conserver les tracés demande une minute environ ; il est donc essentiellement pratique et clinique. Il exprime nettement l'état fonctionnel des premières voies respiratoires, surprises dans leur état coutumier, car il ne s'y joint aucun appareil instrumental susceptible de changer les conditions ordinaires de la respiration du sujet en expérience.

L'examen du cliché permet de reconnaître l'inégalité dans le fonctionnement des deux fosses nasales et à quel degré la bouche intervient dans l'acte respiratoire.

Avant d'employer le *pneumodographe* nous nous faisions

une idée très fausse, partagée du reste par tout le monde, de ce qu'est la respiration buccale, car, dans la grande majorité des cas que nous avons soumis à l'épreuve, la respiration buccale, loin de jouer le rôle principal, n'occupe qu'un rang très secondaire dans le total de l'air inspiré ou expiré.

Nous ne donnerons pas l'observation détaillée de tous les cas que nous avons examinés ainsi et dont nous avons conservé les empreintes ; cela n'aurait aucun intérêt, car ce sont les affections que tous les spécialistes de rhinologie observent tous les jours: nous nous en tiendrons à quelques remarques générales que chacun pourra confirmer.

Il faut reconnaître qu'il est à peu près impossible, dans la plupart des cas, de juger exactement de la perméabilité d'une fosse nasale par la seule inspection ; telle cavité nasale qui nous semblait ne pas devoir concourir à la respiration normale, tant elle était obstruée par un épaississement en crête de la cloison, compliquée d'hypertrophie du cornet inférieur, donnait, cependant, à l'épreuve une tache étendue qui représentait une fraction très importante du total respiratoire.

Telle bouche ouverte habituellement que nous croyions utilisée pour la respiration ne fournissait pas la moindre buée sur la glace correspondant à la bouche.

Par contre, on trouve des cas où le mode respiratoire est mixte sans qu'il existe la moindre obstruction du nez ou du pharynx ; c'est ce que nous avons constaté, il y a quelques jours, sur une jeune fille de 21 ans dont les fosses nasales étaient normales et le pharynx, examiné par la rhinoscopie postérieure, absolument indemne de toute lésion.

Point n'est besoin de faire ressortir l'utilité, que tout le monde pressent, de soumettre à ce mode d'examen les enfants atteints de végétations adénoïdes et qui, après l'opération, continuent à entr'ouvrir la bouche. Il sera facile de savoir si, réellement, la bouche est entr'ouverte pour la respiration complémentaire ou si elle ne constitue qu'un reste d'habitude ancienne.

Nous ferons aussi remarquer qu'il y a parfois contradiction entre les résultats que donne le pneumodographe et ceux de

l'expiration forcée sur le revers de la main. En voici un exemple qui concerne un enfant de 12 ans : la respiration habituelle, notée sur l'instrument, est bonne de la narine gauche, bien qu'il y ait tuméfaction très notable du cornet inférieur gauche et végétations adénoïdes; de l'examen de l'empreinte on en pourrait conclure que la respiration normale se fait bien par la fosse nasale gauche et, cependant, le souffle forcé par cette narine est sonore, gêné. Dans ce cas, c'est l'épreuve de l'expiration forcée qui est erronée, car l'enfant ne respire presque pas par la bouche et ne l'entr'ouvre que rarement.

La contradiction entre les deux procédés d'exploration peut s'expliquer ainsi : la fosse nasale gauche, qui est suffisamment large pour laisser passer en deux secondes, par exemple, les 250 ou 300 centimètres cubes d'air expiré, ne l'est point assez quand on fait franchir cette même quantité d'air dans moitié moins de temps, comme cela a lieu dans le souffle forcé ; c'est pour cette raison que ce dernier moyen d'exploration ne traduit pas exactement la formule de la respiration tranquille, habituelle.

De plus, à l'état normal, l'air inspiré ou expiré passe, à parties égales, dans chaque fosse nasale, tandis que dans l'examen par l'expiration forcée, on ferme une narine pendant qu'on fait souffler par l'autre, de sorte qu'il passe deux fois plus d'air en moitié moins de temps qu'à l'état normal par la fosse nasale explorée ; cela représente donc une exagération de quatre fois l'état normal.

On peut voir ainsi l'avantage d'employer le *pneumodographe* dont l'application est facile et qui ne modifie pas les conditions de l'état normal.

Sa manipulation exige quelques précautions que nous allons mentionner.

Il faut se rappeler que la vapeur d'eau contenue dans l'air expiré ne se condense sur les glaces qu'à la faveur de la différence des températures de l'air pulmonaire et des lames de verre, de sorte que, si ces dernières sont chaudes, il ne se dépose pas de buée, ou la vapeur d'eau ne se condense pas en assez grande quantité pour mouiller le papier sensibilisé.

Donc, en été, lorsque la T. extérieure sera de 25 à 30° on aura soin de refroidir les glaces en les lavant ou les immergeant dans l'eau froide ou en pulvérisant de l'alcool ; on agira de même, lorsque, échauffées par un premier examen, on voudra s'en servir avant qu'elles ne soient refroidies, comme cela arrive dans les examens successifs.

De plus, l'application du papier saupoudré de couleur ou de tanin laisse toujours sur le verre un peu de poudre qu'on aura soin d'enlever.

Il ne faut laisser le pneumodographe devant les orifices respiratoires que le temps nécessaire pour qu'il se forme le minimum d'eau utile pour imbiber le papier ; la différence de perméabilité des deux fosses nasales s'accusera mieux que si on prolongeait la pose ; le chiffre de dix expirations représente une bonne moyenne pour une température extérieure de 15° environ.

La glace buccale ne sera pas tenue à une distance supérieure à 2^{cm} au plus, car, plus éloignée, la buée ne se déposerait pas avec la même intensité, ce qui pourrait faire conclure que la respiration buccale est nulle ou inférieure à ce qu'elle est réellement.

Il est un cas tout particulier de la pathologie nasale où le *pneumodographe* peut fournir de fausses indications, c'est celui de l'aspiration de l'aile du nez. Dans cette affection, l'aspiration n'a lieu que pendant l'inspiration qui est difficile, laborieuse, tandis que l'expiration est facile ; or, cette dernière seule s'inscrit sur les glaces ; l'attention étant attirée sur ce point, il sera facile d'éviter l'erreur.

Pour mesurer la pression inspiratoire il faudrait avoir recours à un instrument différent ; nous en expérimentons un en ce moment qui, croyons-nous, pourra donner des indications utiles.

En résumé, le pneumodographe, d'une application très simple, permet de reconnaître en une minute si la respiration se fait exclusivement par le nez ou par la bouche ; il indique approximativement dans quelles proportions une fosse nasale est plus perméable que l'autre et le contingent de respiration fourni par la bouche. On peut, grâce à lui, diagnos-

tiquer une obstruction nasale avant d'appliquer le spéculum ou même sans savoir l'appliquer.

N. B. — Depuis la présentation à la Société de Laryngologie, l'instrument a été perfectionné; des divisions tracées sur les glaces permettent de comparer les surfaces couvertes de buée et de traduire ainsi, en fractions très simples, les degrés de perméabilité.

Il est encore un autre moyen d'appréciation qui est plus exact mais plus long que le précédent; il est basé sur la durée comparative de l'évaporation complète de la buée provenant de chacun des orifices respiratoires; si, par exemple, la buée correspondant à la narine gauche disparait en une minute et celle de droite en deux minutes, on pourra en conclure que la cavité nasale gauche a laissé passer moitié moins d'air que la narine droite et qu'elle est moins perméable que celle-ci dans cette même proportion, au moment de l'examen.

V

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TROUBLES NERVEUX EN RAPPORT AVEC LA PRÉSENCE DE VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES DANS LE PHARYNX NASAL DE L'ENFANT

Par le Dr **L. R. REGNIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris,
chef du service électrothérapique à l'hôpital de la Charité.

L'étude des rapports de la présence des végétations adénoïdes dans le pharynx des enfants avec les troubles nerveux et mentaux qu'ils peuvent présenter a déjà donné naissance à de nombreux travaux sur lesquels nous ne reviendrons pas ici, notre intention étant d'exposer simplement deux observations très caractéristiques qui n'ajouteront qu'une petite pierre de plus à l'édifice déjà si complet de cette question de pathologie infantile.

La première observation est celle d'un jeune garçon de 11 ans que nous avons vu pour la première fois à la fin de décembre 1898, Grand pour son âge, mesure 52 centimètres, assez bien développé au point de vue général, il nous est amené parce que il est atteint de mouvements choréiformes qui de temps en temps se transforment en véritables accès de chorée et d'eczéma suintant qui survient aussi par poussées à la face.

En l'examinant, nous constatons facilement chez lui le facies adénoïdien ; le regard est vif, très mobile, mais le bas de la figure est, au contraire, un peu hébété. Le crâne présente une asymétrie très marquée ; la région fronto-temporale est relativement peu développée, comme comprimée, la région pariéto-occipitale est au contraire plus volumineuse qu'elle ne doit l'être normalement chez un enfant de cet âge ; les dents sont mal rangées, le palais ogival.

L'état mental est très déséquilibré ; à côté de raisonnements souvent au-dessus de son âge, notre petit client a des enfantillages d'un bébé de 6 ans. Il apprend difficilement parce que son attention ne peut être soutenue au-delà de quelques minutes ; et encore faut-il pour cela qu'on s'occupe incessamment de lui.

Le sommeil est irrégulier, souvent coupé de cauchemars avec réveil brusque ou de peurs. Sa résistance électrique est très diminuée : 500 ohms.

La rhinoscopie antérieure et postérieure et le toucher pharyngien permettent sans difficultés de constater la présence de végétations adénoïdes assez volumineuses dont nous conseillons l'ablation. Celle-ci est pratiquée sans difficultés par notre confrère et ami, le Dr D....., suites de l'opération absolument normales.

A partir de ce moment, la santé de l'enfant va en s'améliorant. mais il y a encore de temps en temps des à-coups.

2 février 1899, poussée intense d'eczéma à la figure à la suite d'un excès de régime. Cette poussée s'accompagne d'un peu de fièvre, d'agitation nocturne et d'une recrudescence de l'état choréique des membres et de la face. Mais la crise dure moins longtemps que les précédentes.

6 mars. — Nouvelle poussée, moins intense que la précédente à la suite d'une fatigue. Pendant le mois qui vient de s'écouler, l'enfant a été plus calme, son attention se fixe un peu plus aisément, le travail à la classe est meilleur.

La résistance électrique mesurée à ce moment = 800 ohms. Il part à la campagne pour les vacances de Pâques.

2 mai. — Nous n'avons pas vu l'enfant depuis son retour ; le séjour au grand air lui a fait du bien. Les mouvements choréiques ont beaucoup diminué, il n'y en a presque plus à la face ; ceux des membres sont moins fréquents et moins étendus. Il a de nouveau une poussée d'eczéma facial due à un écart de régime, mais presque sans fièvre, sans agitation nocturne. Elle ne dure que deux jours.

Résistance électrique = 1.000 ohms.

L'amélioration de l'état intellectuel et mental continue à progresser en bien.

8 juillet. — Nous revoyons l'enfant qui va partir en vacances ; depuis notre dernière visite il n'a plus eu de nouvelles poussées d'eczéma, l'état intellectuel et mental est toujours en progression, presque plus de chorée.

Résistance électrique = 1.200 ohms.

Le graphique que nous joignons à cette observation représente

le pourtour de la tête pris avec l'instrument qui sert aux chapeliers. Il permet de constater les progrès de la poussée expansive qui s'est faite dans la partie antérieure du cerveau et qui se traduit par un élargissement de la boîte crânienne.

L'amélioration obtenue au point de vue mental et intellectuel a été déjà signalée dans beaucoup d'autres observations, aussi n'y insisterons-nous pas beaucoup ici. Ce qui nous a semblé plus intéressant à signaler, c'est d'abord la chorée évidemment due à la présence des végétations, ce qui est un élément de plus à la thèse que nous avons déjà antérieurement soutenue (*Arch. de neurologie*, 1894), relativement à l'origine nerveuse et non rhumatismale de ce syndrome ; ensuite les poussées d'eczéma qui viennent aussi confirmer la théorie de Leredde sur le substratum physiologique de ces éruptions, enfin, les variations de la résistance électrique dont l'étude a permis ici comme dans un certain nombre d'autres névropathies (goître exophthalmique, neurasthénie, hystérie, etc.), de formuler un pronostic d'autant plus exact qu'il reposait sur des constatations physiques.

La deuxième observation concerne le frère cadet du précédent. C'est un enfant âgé de 9 ans, assez bien développé pour son âge, mais dont la poitrine est cependant restée étroite. Il est depuis l'âge de 4 ans sujet à de fréquents coryzas suivis de bronchite. A plusieurs reprises, il a eu des accès de laryngite striduleuse.

Le facies adénoïdien est moins prononcé que chez l'aîné. Son caractère est tout l'opposé de celui de son frère. Autant le premier est agité, turbulent, toujours en mouvement, autant celui-ci est tranquille. Son calme va même jusqu'à une véritable apathie ; il faut toujours l'exciter pour obtenir de lui le moindre effort ; il n'aime pas à se bouger, ne joue qu'à des jeux tranquilles, tant ses mouvements sont lents comme s'il était toujours fatigué.

Chez lui la résistance électrique peu modifiée = 1050 ohms ; mais il a des signes d'anémie ; léger souffle systolique à la base du cœur se prolongeant dans les carotides ; le coefficient de réduction de l'hémoglobine mesuré par la méthode d'Hénocque = 10°. L'examen radioscopique des poumons n'y révèle aucune lésion du parenchyme, les mouvements du diaphragme sont cependant un peu diminués d'amplitude.

L'examen du naso-pharynx permet de constater la présence de végétations adénoïdes qui sont assez volumineuses. Elles sont aussi enlevées, sur notre conseil, par le Dr D....., suites absolument normales.

L'examen radioscopique de la poitrine pratiqué de nouveau dix jours après l'opération a permis de constater que les mouvements du diaphragme avaient une amplitude plus grande que précédemment.

Chez les enfants atteints de végétations adénoïdes à manifestations laryngo-pulmonaires, l'examen à l'aide des rayons X est donc appelé à rendre quelques services en ce qui concerne la possibilité de la tuberculose pulmonaire et aussi pour apprécier exactement la gêne que ces néoplasmes apportent l'expansion physiologique du poumon et au libre jeu du diaphragme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du vendredi 17 janvier 1902.

Compte-rendu par le Dr G. Mahu, *secrétaire.*

Président : M. Castex.

Castex, *Président.* — Délègue MM. Luc, Sarremone et G. Gellé pour la vérification des comptes du Trésorier.

Il donne communication d'une lettre de M. Lermoyez souffrant, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Courtade. — **De la mensuration graphique de la perméabilité des fosses nasales.** — (Publié *in extenso*).

Discussion.

G. Gellé. — Le procédé indiqué par M. Courtade pour déceler les taches respiratoires n'est pas nouveau. Je me souviens avoir analysé en 1896 : *La Physiologie de l'olfaction*, de Zwaardemaker, d'Utrecht, ouvrage dont l'un des chapitres contient une étude des *champs olfactifs* et des *taches respiratoires* pour chaque narine, taches qui sont représentées par la condensation de la vapeur d'eau expirée avec l'air. Z... donne en détail la manière de déterminer ces taches par l'expiration sur une surface polie.

A la clinique du Dr Lermoyez, en 1895, j'ai vu employer et j'ai employé moi-même ce procédé dans la recherche de l'insuffisance vélo-palatine.

Celà n'enlève rien à l'intérêt de la communication de notre collègue qui est arrivé, par un procédé élégant, à fixer la trace des taches respiratoires, ce qui n'avait pas été fait, je crois, avant lui.

Luc. — Ce procédé de mensuration pourrait, il me semble, être appliqué au classement des criminels.

COURTADE. — Le principe de la méthode n'est peut-être pas nouveau, mais la mise en pratique, à l'aide de l'appareil que je vous soumets, n'est certainement pas connue aujourd'hui.

Tous les spécialistes emploient, en effet, un procédé manquant d'exactitude et qui consiste à faire souffler le sujet alternativement par l'une et l'autre des fosses nasales pour juger de leur perméabilité.

CASTEX. — Cet appareil simple me paraît très intéressant. Je demanderai à M. Courtade si l'empreinte buccale est plus étendue que celle des fosses nasales dans les cas où il est indiqué de recourir à l'emploi de son appareil.

COURTADE. — C'est le contraire qui a lieu le plus souvent et l'on est tout étonné, dans les cas d'obstruction partielle des fosses nasales, de constater que la surface de l'empreinte buccale est moins grande que celle des narines.

CASTEX. — C'est le résultat auquel était arrivé M. Mendel avec un appareil beaucoup plus compliqué que celui de M. Courtade et qui ne peut guère être utilisé ailleurs que dans le laboratoire.

LERMOYEZ. — **Un cas de pyohémie otogène.** — (Publié *in extenso* nº de janvier.)

G. GELLÉ. — **Algie mastoïdienne hystérique.** — G. rapporte l'observation d'une jeune fille de 18 ans, atteinte d'algie mastoïdienne hystérique. Stigmates hystériques nombreux.

Douleurs mastoïdiennes d'ancienne date, puis, brusquement, augmentation de l'intensité de la douleur à l'occasion d'une angine légère. Un chirurgien trépana l'apophyse sans calmer les douleurs qui réapparaissent au bout de quinze jours avec leurs mêmes caractères. Point d'écoulement d'oreille. La malade vint alors demander à M. G. Gellé d'intervenir de nouveau. Mais l'examen montre alors la nature hystérique des accidents.

A ce propos, l'auteur insiste sur les caractères de la douleur qui est diffuse, intense, superficielle et ne présente pas de point maximum ni de localisation nette à l'apophyse. En face d'un pareil tableau, il ne faut pas se hâter d'user de la gouge et du maillet, mais plutôt rechercher, si possible, l'existence de stigmates hystériques.

L'acte chirurgical fixe le symptôme douloureux et rend sa disparition plus difficile et plus lointaine. Il faut s'adresser à la psychothérapie.

Dans le cas de suppuration concomitante de la caisse, la conduite à tenir peut être plus difficile à déterminer ; pourtant, toute erreur sera évitée le plus souvent si, dans le doute causé par les bizarreries et l'anomalie des symptômes locaux ou généraux, on temporise quelque peu. Rarement les indications d'intervenir sont pressantes, l'état général restant bon.

Eviter les examens fréquents, les savantes explorations au stylet qui fixent la zone hypéresthésique et font l'éducation de la malade ; en effet, telle qui le matin, lors d'un premier examen, ne réagissait pas à la pression du point antral ou du bord postérieur de la mastoïde, réagira le soir, son éducation étant faite.

Discussion.

VIOLLET. — Je suis heureux de compléter l'observation de mastalgie hystérique que vient de vous communiquer notre collègue le Dr G. Gellé, je le puis d'autant mieux que j'ai suivi la malade dont il s'agit pendant deux mois avant qu'elle ne présente aucun des stigmates si caractéristiques d'hystérie qu'elle manifeste à l'heure actuelle et qu'elle n'ait eu aucune des crises qui ont motivé son entrée à la Salpêtrière, il y a un mois environ, sur ma demande.

Quand je vis la malade pour la première fois, elle m'était adressée par son médecin pour des douleurs extrêmement vives siégeant au niveau de l'apophyse mastoïde droite et étendues aux attaches supérieures du muscle sterno-cléido-mastoïdien du même côté ; la malade venait d'avoir une amygdalite lacunaire à points blancs accompagnée d'une température de 39° ; l'angine avait duré 4 ou 5 jours et avait fait garder le lit à la malade jusqu'à ce jour ; les douleurs d'oreille avaient débuté avec l'angine qui avait terminé la veille son évolution.

La malade n'avait pas eu d'écoulement d'oreille antérieur, mais elle souffrait de l'oreille droite depuis six ans, époque à laquelle elle avait déjà eu une angine, et d'une façon plus particulière depuis la mort de sa mère, survenue quatre ans auparavant ; l'audition de l'oreille droite était un peu diminuée, le tympan était normal.

En présence de ces constatations, le cuir chevelu et le conduit auditif étant d'ailleurs normaux, la première idée qui m'était venue à l'esprit avait été la possibilité d'une affection hystérique ; mais les antécédents nerveux de la malade paraissant absolument négatifs (le père seulement était alcoolique) et aucun des stig-

mates habituels, tels que rétrécissement du champ visuel, perte de la sensibilité, anesthésie de la cornée, etc., n'existant, j'avais éliminé ce diagnostic et adopté celui de poussée aiguë profonde de la mastoïde avec suppuration probable de l'antre ou de quelque cellule profonde, ce que l'angine récente rendait vraisemblable. L'ouverture de la mastoïde me démontra son intégrité complète.

Préoccupé, le lendemain de cette intervention négative, de trouver l'explication des accidents, j'eus l'idée de questionner la malade au point de vue des antécédents rhumatismaux qu'elle pouvait avoir ; j'appris alors que son père et sa mère avaient eu tous deux une attaque de rhumatisme dix-huit ans auparavant ; elle-même était depuis son enfance sujette aux migraines et depuis quelques mois elle avait des douleurs articulaires mobiles et fugaces ; des névralgies fréquentes. Pendant les quelques jours qui suivirent la malade eut, à l'hôpital même, une série de manifestations douloureuses, tantôt sous forme de névralgie dentaire ou intercostale du côté droit, de douleur articulaire avec impotence fonctionnelle de l'épaule droite; ces douleurs disparurent sous l'influence de l'antipyrine et du salicylate de soude ; sur ces entrefaites la douleur mastoïdienne ayant reparu, je prescrivis la salipyrine à la dose de 4 grammes par jour ; les douleurs disparurent complètement pour ne plus reparaître que trois semaines après la cessation du médicament, sous forme de crises violentes aboutissant pour la première fois à de véritables crises hystériques accompagnées d'anesthésie totale et d'inconscience, crises qui se renouvelèrent d'abord quatre fois dans la même journée, puis s'espacèrent pour disparaître complètement au bout de quelques jours de séjour à la Salpêtrière, époque à laquelle M. Janet et M. Gellé firent la constatation des stigmates typiques que la malade ne possédait à aucun degré deux mois auparavant, quand elle venait me consulter pour la première fois, à l'hôpital Péan.

Je crois pouvoir conclure de l'observation de cette malade qu'il s'est agi vraisemblablement d'une hystérie provoquée, chez une jeune fille prédisposée, fille d'alcoolique avéré, par une infection légère, sans doute une attaque de rhumatisme bénin à début angineux ; cette hystérie s'est localisée avec une intensité particulière à l'oreille dont la malade souffrait depuis longtemps.

L'intérêt d'une pareille observation réside dans l'évolution de la maladie à laquelle il m'a été donné, je crois, d'assister ; l'hystérie, pouvant être provoquée par les affections les plus diverses et ne constituant le plus souvent qu'un syndrôme, il est particulièrement

intéressant de rechercher dans chaque cas particulier l'agent provocateur.

Ici une angine rhumatismale semble avoir été le point de départ des accidents.

Il est regrettable que la sortie prématurée de la malade de la Salpêtrière n'ait pas permis d'essayer, à nouveau, depuis l'apparition des accidents hystériques, le traitement par la salipyrine ; je ne crois pas, en effet, que l'on puisse attribuer à la suggestion l'efficacité de ce médicament constatée antérieurement, car je ne sache pas que la suggestion exige une forme ou une dose de médicament plutôt qu'une autre ; or, les manifestations douloureuses présentées par notre petite malade n'avaient cédé qu'à la salipyrine remplaçant le salicylate de soude que la malade ne pouvait supporter, et aux doses de 4 grammes par jour, les doses inférieures restant inefficaces ; il eut été intéressant de voir dans quelle mesure les crises douloureuses à forme hystérique, présentées dans les derniers temps par la malade, eussent pu être modifiées encore par ce même traitement.

G. Gellé. — Je ne crois pas, pour ma part, qu'une simple angine puisse déterminer l'apparition de l'hystérie et c'est rechercher bien loin les origines d'une affection qui était déjà en pleine évolution.

Kœnig. — Puisqu'il y avait surdité, on aurait pu dans ce cas, pour faciliter le diagnostic, faire l'expérience décrite dans la communication de M. Babinsky à la Société de Biologie il y a environ un an. Babinsky trouva qu'un courant continu de 2 à 10 milliampères, passé à travers le crâne, les électrodes étant placées sur les deux apophyses mastoïdes, suffit quand il y a une lésion de l'oreille (soit externe, moyenne, ou interne), à faire pencher la tête du côté de la lésion. Mais, dans la surdité hystérique, ce mouvement ne se produit pas. C'est donc un moyen utile de diagnostic différentiel le cas échéant.

M. Lichwitz. — **Du traitement du lupus de l'oreille et du nez par l'air chaud.** — Un traitement conservateur s'impose quand il s'agit du lupus du nez et du pavillon de l'oreille. L'ablation chirurgicale totale ne saurait être appliquée ici, si on ne veut pas nuire à l'esthétique. Les autres procédés (râclage, ignipuncture, scarifications, caustiques chimiques, électrolyse) sont peu efficaces et tous plus ou moins douloureux pendant et après l'opération. Le traitement de Finsen (photothérapie) exige une installation dispendieuse et un nombre considérable de séances. Le traitement

par l'air chaud proposé par Holländer en 1897 offre de grands avantages. Le point capital de ce procédé est le suivant : chaque fois qu'on fait passer le courant d'air chaud, les parties saines et les parties malades réagissent d'une façon différente ; ces dernières se nécrosent et sont éliminées, tandis que les premières, bien que semblant participer à la nécrose, récupèrent rapidement leur vitalité. Mais l'appareil de Holländer ne permet pas de doser la température. Dans le lupus du nez et de l'oreille, où tout tissu sain doit être conservé, il est nécessaire de pouvoir régler l'agent thermique. Nous nous sommes servi de l'appareil dont Lermoyez et Mahu font usage pour le traitement intra-nasal ; mais, au lieu d'actionner l'appareil par l'air comprimé, nous avons employé notre propulseur d'air chaud. Nous avons pu facilement : 1° mesurer au thermomètre, préalablement à l'application, la température de l'air chaud ; 2° approcher de la partie malade aussi près que nous l'avons voulu l'agent actif ; 3° n'agir que sur les parties malades.

Il n'est pas nécessaire de dépasser 120° ou 130° pour obtenir l'escharification des parties malades. Une température de 80° semble avoir suffisamment d'effet. L'application est peu douloureuse et la douleur post-opératoire est presque nulle. La guérison des eschares se produit très rapidement sans laisser de cicatrices vicieuses.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Nancy, avril 1901 (1).

1. JACQUES. — **Développement des sinus frontaux dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage.** — La relation généralement admise en France (Sappey, Poirier, Testut) entre le développement des sinus frontaux et la saillie des arcades sourcilières chez l'adulte ne saurait être admise. Les bosses sourcilières sont développées au maximum dans certaines races nègres chez lesquelles les cavités frontales n'existent pour ainsi dire pas ; le même fait se rencontre en Europe chez certains individus. Les grands sinus frontaux appartiennent en général à des sujets qui possèdent un front proéminant, se continuant directement avec

(1) D'après la *Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1901.

des arcades orbitaires surplombantes. La saillie de la glabelle paraît avoir aussi une certaine importance. Quoi qu'il en soit, l'inspection extérieure ne saurait faire préjuger du volume total des sinus frontaux, car elle ne saurait tenir aucun compte de leurs prolongements dans l'épaisseur du toit de l'orbite.

Des pièces ostéologiques sont présentées à l'appui.

2. Raoult. — **Nouveaux cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse.** — L'auteur rapporte un certain nombre de cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse ; parmi ces cas, trois observations sont surtout intéressantes en raison de la bilatéralité des lésions ou des récidives présentées par les malades. Ces cas semblent en effet devenir de plus en plus fréquents, au fur et à mesure que l'on observe et que l'on connaît mieux l'affection en question. De plus, cette maladie semble réellement le plus souvent présenter les deux caractères qui lui valent son nom : la production d'une fausse membrane et la formation d'une ulcération. Au contraire, l'aspect diphtéroïde proprement dit est rare. A ce propos, l'auteur rappelle que Vincent a eu le grand honneur de découvrir le bacille fusiforme, dont la présence est cause de la stomatite et de l'amygdalite ulcéro-membraneuse. Mais on ne saurait donner à cette maladie le nom d'amygdalite de Vincent. Ce dernier auteur, en effet, a vu surtout le premier stade de la maladie : la période diphtéroïde. Dans sa première communication en 1898, il ne cite l'ulcération que d'une façon incidente en disant que dans les cas graves, la fausse membrane repose parfois sur un ulcère anfractueux. C'est dans ces deux mots seuls que réside la description de la période ulcéreuse. Lors de leur premier travail en 1898, Raoult et Thiry ont donné la relation complète de l'évolution clinique de l'amygdalite ulcéro-membraneuse. Vincent a décrit en somme le stade diphtéroïde et non le stade ulcéro-membraneux. La meilleure preuve en est qu'au mois d'avril et de juin 1899, Moure et Brindel combattaient la description de Raoult et Thiry. Ceux-ci pour l'école de Bordeaux, confondaient l'affection qu'ils décrivaient sous le nom d'amygdalite ulcéro-membraneuse, avec l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë de Moure d'une part, et d'autre part avec l'angine diphtéroïde décrite par Vincent. Pour ces auteurs, la description de Vincent et celle de Raoult et Thiry ne pouvaient coïncider en rien avant le mois d'août 1899.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 11 mai 1900 (1).

Président : B. FRAENKEL

Secrétaire : P. HEYMANN

1. PEYSER montre : a) Un homme de 29 ans dont le menton a dévié à droite de la ligne sagittale. Le visage est de travers, mais il n'existe pas d'hémiatrophie faciale. Les deux moitiés sont également développées. Si le malade ouvre la bouche, on voit que le voile palatin est régulièrement inséré à gauche, mais un peu rétracté ; la luette assez large et épaissie a la pointe dirigée à droite. Le voile du palais forme un angle de 60° avec la surface frontale du corps.

A l'examen, on distingue, à droite du pharynx nasal, une tumeur pendant derrière le voile ; à la rhinoscopie postérieure, on voit qu'elle remplace l'amygdale. L'ensemble de l'aspect est très complexe ; il s'agit d'une déviation irrégulière du voile palatin dont l'étiologie est très obscure. On avait songé à une origine congénitale, mais cette hypothèse est contredite par la mère du malade.

b) Une jeune fille de 17 ans atteinte d'hydrorrhée nasale.

c) Des adhérences palato-tonsillaires chez une femme de 31 ans.

2. A. ALEXANDER présente un jeune homme de 18 ans, qui, à l'âge de 2 ans, eut la fièvre typhoïde et à 7 la diphtérie. Il y a trois ans il perdit tous ses cheveux qui ont été remplacés par un léger duvet blanc comme neige. Un an après l'apparition de cette alopécie, il eut une éruption qui se propagea à tout le corps puis disparut sous l'influence d'un traitement médicamenteux. En juin 1899, une tuméfaction des ganglions axillaires droits décida le malade à entrer à l'hôpital Augusta. Trois semaines après l'extirpation des ganglions, il eut de nouveau une éruption sur tout le corps qu'il ne soigna pas, sauf une légère saillie osseuse sur l'iléus gauche, qui, rendue sensible par le frottement des vêtements, dut être cautlérisée au nitrate d'argent. Au mois d'oc-

(1) D'après la *Berliner klinische Wochenscrift*, 8 avril 1901.

tobre, le médecin traitant de Zehdenck, le Dr Barchardt découvrit une lésion sous-linguale pour laquelle il adressa le malade vers le milieu de novembre à la clinique laryngologique universitaire de Berlin.

Au premier examen, A. remarqua une vive rougeur de la muqueuse du voile palatin. A droite, on voyait derrière la dernière molaire un point hémorrhagique. D'autres hémorrhagies s'observent aussi sur la voûte palatine avec des dépôts blanchâtres qui s'irradient aux amygdales et à la paroi pharyngée postérieure et recouvrent cette dernière depuis le rhino-pharynx jusqu'à la hauteur de l'orifice laryngien. Les tentatives d'excision de ces dépôts entraînent des hémorrhagies de la muqueuse fortement injectée. De la base de la langue, ces dépôts gagnent l'orifice du larynx et le sinus pyriforme. Aussi l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques ont-ils triplé de volume, ils sont violemment infiltrés, leur motilité est entravée, tandis que l'intérieur du larynx demeure indemne. L'orifice nasal est également obstrué.

A la clinique des maladies cutanées où on examina le malade, on déclara que son éruption avait l'apparence de l'acné nécrosante.

Le traitement ioduré provoqua une aggravation sensible, les lèvres et les gencives se couvrirent d'un dépôt gris blanchâtre. La muqueuse des joues et surtout la région de l'angle buccal furent très altérées. L'affection qui avait évolué jusque-là sans symptômes subjectifs s'accompagna d'une sensation de brûlure et de légères douleurs, aussi après l'absorption de trois flacons d'une solution à 6,0/200,0, fallut-il renoncer à l'emploi de l'iodure.

Le malade prit de l'arsenic (Liqueur de Fowler aq. amygdal. amar. ana. 7,5, trois fois par jour, 2 gouttes, en augmentant de 1 goutte tous les trois jours, jusqu'à atteindre trois fois 25 gouttes). Il absorba 2 644 gouttes du médicament, c'est-à-dire 1 322 gouttes de liqueur de Fowler et se trouva très bien. Les lèvres, les joues et la voûte palatine sont dégagées, il subsiste seulement une légère rougeur de la muqueuse et un peu de dépôt sur le voile du palais et les amygdales, la paroi pharyngée postérieure, le sinus pyriforme, le bord interne de l'épiglotte et la face externe des replis ary-épiglottiques. On remarque une atrophie de l'épiglotte et de l'angle buccal qui a été aussi favorablement influencée par l'arsenic.

Au cours du traitement arsénical, on observa la formation au milieu de la voûte palatine de vésicules.

Ce cas fait partie de la catégorie du *pemphigus*.

3. Landgraf présente un soldat souffrant de troubles respiratoires de nature indéterminée et qui dit avoir subi quelques années auparavant une opération nasale sur laquelle il est impossible d'obtenir des renseignements. On trouve encore une tuméfaction du cornet inférieur gauche. Une tumeur grosse comme une noisette est implantée sur le côté gauche, au pharynx, elle est de consistance molle et indolore. A la ponction elle ne rend que du sang. Ces tumeurs pharyngées bénignes sont rares, il s'aigt sans doute d'un goître aberrant.

Séance du 22 juin 1900.

Président : B. Fraenkel

Secrétaire : A. Rosenberg

1. Lüders montre une moitié de crâne sur laquelle on distingue le sphénoïde partagé en deux et muni de deux orifices.

2. Peltesohn. — **Traitement de la rhinite fibrineuse.** — Cette affection diffère totalement de la diphtérie nasale avec laquelle on ne peut la confondre ; elle est particulière à l'enfance, bien qu'à l'occasion elle s'attaque aussi aux adultes. P. l'a observée chez des bébés de quelques semaines. Le pronostic est favorable, la maladie guérit d'ordinaire en trois semaines. Le traitement consiste à détacher les membranes et à insuffler des poudres désinfectantes ou astringentes. P. a été très satisfait d'une solution de cyanate et d'hydrarque à 0,02 : 50,0.

Discussion.

Peyser. — Bien que Peltesohn établisse une démarcation entre la diphtérie et la rhinite fibrineuse, il arrive que dans des maisons où il y a la diphtérie, des enfants contractent une rhinite fibrineuse légère. Pluder a fait la même observation. On admet généralement que le bacille diphtérique engendre la rhinite fibrinéine.

Edm. Meyer est en contradiction avec Peltesohn au sujet du mode de transmission de la rhinite fibrineuse, il a observé la

simultanéité de la maladie chez deux sœurs soignées à la clinique. On la rencontre souvent chez des adultes de 16 à 20 ans. Fréquemment on trouve le bacille de Löffler dans les cultures.

FLATAU. — Seule la bactériologie résoudra la question de la rhinite fibrineuse qui souvent disparaît promptement avant qu'on ait institué aucun traitement.

EDM. MEYER. — Au point de vue clinique, la rhinite fibrineuse diffère notablement de la diphtérie, mais il doit exister un rapport étiologique.

A. ROSENBERG. — Bien que l'on rencontre des bacilles diphtériques dans la rhinite fibrineuse, il n'existe aucune analogie clinique avec la diphtérie nasale.

FLATAU. — Contrairement à ce qu'on observe dans la diphtérie nasale, jamais on ne voit d'ulcérations ni d'adhérences à la suite de la rhinite fibrineuse.

Edm. MEYER a observé un cas de rhinite fibrineuse typique avec ulcération consécutive du cornet inférieur et moyen.

3. A. ROSENBERG. — **Muscles et cartilages amygdaliens.** — Dans une amygdale atteinte d'hyperkératose, l'auteur trouva des faisceaux musculaires dans les apophyses de tissu conjonctif de la capsule. La même amygdale renfermait aussi des foyers cartilagineux.

Une seconde amygdale contenait deux foyers cartilagineux principaux dans le tissu conjonctif.

4. STURMANN. — **Contribution à la pathologie nasale.** — 1. L'auteur revient sur un cas de **rhinosclérome** présenté à la Société il y a quelques mois. On injecta à deux souris des cultures provenant du malade. Chez l'une, le résultat fut négatif, mais la seconde succomba au bout de 14 jours, empoisonnée par les bacilles, fait qui n'a jamais été vérifié chez l'homme.

Tuberculômes du nez développés chez une femme de 37 ans, qui eut, en mars 1898, un érysipèle facial, suivi d'obstruction de la narine droite qui se prononça, en août 1899, à la suite d'un second érysipèle. Depuis deux ans, l'état général est mauvais : toux, amaigrissement ; pas de sueurs nocturnes. La fosse nasale droite est envahie par une tumeur molle rougeâtre, bosselée, saignant facilement au toucher. L'extrémité antérieure du cornet inférieur gauche est le siège d'une tumeur analogue. Infiltration pulmonaire bilatérale. Après l'ablation à l'anse galvano-caustique de la tumeur

de la cloison, on reconnaît qu'elle avait envahi tout le septum jusqu'à 3 centimètres de son extrémité. La région postérieure droite de la cloison et toute la partie gauche sont indemnes. Le pharynx et le larynx ne présentent pas d'altérations notables. Ablation de la tumeur avec le conchotôme, curettage du plancher, suivi de cautérisation à l'acide lactique à 80 %. Comme tout n'a pas été enlevé, la surface du septum a toujours un aspect bosselé. On n'a pas encore touché au cornet gauche.

A l'examen histologique, on trouva des tubercules et des cellules géantes dans du tissu adénoïdien.

C'est probablement l'infection digitale qui engendre ces tumeurs qui sont faciles à exciser.

Séance du 26 octobre 1900 [1].

Président : B. Fraenkel.

Secrétaire : P. Heymann.

1. P. Heymann montre d'abord : *a*) une série de reproductions de figures laryngiennes et nasales dues au peintre Landsberg.

b) **Tumeur pédiculée** implantée au milieu de la langue chez une femme de 50 ans et ayant l'aspect papillomateux.

Vu l'âge de la malade, il est difficile d'établir une distinction nette entre le papillome, le carcinome et le sarcome. Dans l'atlas de Mickulicz, un cas offrant une grande analogie avec celui-ci est décrit sous le nom de sarcome. On ne peut rien déduire de la présence de glandes lymphatiques, la malade étant atteinte d'une angine phlegmoneuse aiguë qui peut aussi engendrer une inflammation des lymphatiques. Le soupçon de papillome est confirmé en ce que le siège de la tumeur n'est nullement infiltré. Selon les dires de la malade, le début de la tumeur remonte à quinze mois. Pendant deux à trois mois elle eut des dimensions très restreintes, puis s'accrut assez brusquement. Il se souvient avoir soigné la malade il y a deux ans et demi pour une angine phlegmoneuse, et, à cette époque, la tumeur n'existait pas.

[1] D'après la *Berliner klinische Wochenschrift*, 15 avril 1901.

Discussion.

Edm. Meyer a observé il y a quelques années une tumeur analogue, pédiculée et bosselée, implantée sur la moitié gauche de la langue. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un papillome typique. Au bout de deux ans, la malade revint ; toute la portion gauche de la langue était envahie par une tumeur blanchè, bosselée, un peu ulcérée. On conseilla à la malade l'extirpation hémilatérale de la langue, mais elle s'y refusa.

Lublinski a présenté une tumeur analogue à la Société de laryngologie, il la considère comme un papillome. Il soigne depuis des années la malade qui n'a jamais eu de récidive.

L. a aussi vu une tumeur implantée, depuis 20 ans, au même endroit chez une malade. On rencontre assez fréquemment des papillomes sur des langues atteintes de leucoplasie.

Treteil constata la présence d'un papillome sur la région latérale de la langue d'un enfant d'un an.

2. Edm. Meyer. — **Rhinite fibrineuse.** — Lésion vérifiée chez un enfant dont les deux sœurs étaient affectées simultanément d'angine fibrineuse et rétro-nasale. On trouva des bacilles diphthériques dans les membranes de la rhinite fibrineuse. Un cobaye injecté avec ces cultures a succombé au bout de trois jours et a offert l'apparence typique de l'infection diphthérique.

Discussion.

Lublinski dit qu'il faut être très circonspect quant au diagnostic de la rhinite fibrineuse ; on a presque toujours affaire à la diphtérie vraie. Un enfant atteint de rhinite fibrineuse unilatérale sans fièvre, semblait guéri en huit jours. Dix jours après, il eut une forte fièvre, de la dyspnée et une diphtérie pharyngo-laryngée. Le pronostic devra donc être toujours réservé.

On remarquera aussi que la rhinite fibrineuse est souvent précédée d'une lésion du toit pharyngien qui passe inaperçue si on néglige l'examen du rhinopharynx.

Edm. Meyer. — Mon cas est très probant puisqu'il prouve la virulence du bacille diphtérique et que les sœurs du malade étaient atteintes simultanément d'angine fibrineuse et rétro-nasale.

3. Röhr. — **Sur la syphilis tardive du larynx chez l'enfant.** —

En 1892, Strauss publia dans l'*Archiv. für Kinderheilkunde*, la bibliographie complète du sujet à la suite de trois observations personnelles. Depuis on a peu écrit sur la syphilis laryngée infantile tardive. Mes deux cas proviennent, l'un de la Polyclinique du Prof. B. Baginski, l'autre de l'hôpital Empereur et Impératrice Frédéric où l'enfant demeura six semaines en traitement après quoi elle continua à être soignée à la Polyclinique de Baginsky.

1. Hélène S., âgée de 13 ans, enrouée, atteinte d'hypérémie de la muqueuse nasale. Cicatrices sur les deux côtés du voile du palais et le pharynx. La moitié droite du voile adhère à la paroi pharyngée. Anomalie du bord libre de l'épiglotte. Le pli salpingo-pharyngien droit est épaissi. Pendant la phonation l'épiglotte est attirée à droite. Petite tumeur granuleuse à la portion antérieure de la fausse corde vocale droite qui recouvre la vraie. La moitié gauche du larynx est indemne.

2. Otto S., âgé de 12 ans, se plaint d'être enroué et d'avoir le nez obstrué. Pas de maladie antérieure sauf des bronchites et de la conjonctivite. Pas d'éruption jusqu'en 1899. A cette époque il ressentit brusquement de l'obstruction nasale et s'enroua. Avant la naissance de l'enfant, la mère avait fait une série de fausses couches. Examen le 7 mars 1900 ; nez en lorgnette. Muco-pus et croûtes fétides dans les deux narines. Infiltration ulcéreuse de la cloison antérieure surtout à droite, oblitérant presque totalement le nez. Dents d'Hutchinson. Pharyngite catarrhale granuleuse. Végétations adénoïdes. Hypertrophie des glandes de la base de la langue. Ulcération étendue du bord libre de l'épiglotte, portant des granulations sur la face buccale et laryngienne. Tumeur granuleuse dans le ventricule gauche de Morgagni et la paroi laryngienne postérieure. Motilité entravée de la paroi gauche du larynx due à une inflammation envahissant tout le larynx. Ulcération à la partie supérieure du bras droit. Tuméfaction indolore des glandes inguinales, cubitales, sous-mentales et cervicales. Rien aux poumons. Traitement mercuriel et ioduré, associé au calomel. Jusqu'ici le malade a absorbé 144 grammes d'onguent et 35 grammes d'iodure. Sous l'influence de cette thérapeutique, l'ulcération du bras a cédé, le nez s'est dégagé et l'état du larynx s'est amélioré.

Le 26 décembre 1900, on constate une rhinite atrophique double avec quelques croûtes et une perforation à la région antérieure de la cloison. Tissu granuleux sur la paroi pharyngienne. L'épiglotte

n'est pas soudée à la base de la langue. Grosse lacune de l'épiglotte épaissie dans sa moitié droite. Granulations sur la face de l'épiglotte. Infiltration de la moitié gauche du larynx. Tumeur granuleuse de la corde vocale gauche. La région sous-cordale gauche est envahie par du tissu granuleux. La moitié gauche du larynx est presque immobile. Pendant la phonation la corde droite s'étend dans la corde gauche excavée. Prolifération de tissu granuleux sur la paroi postérieure du larynx.

Le diagnostic de spécificité se trouva corroboré par le succès du traitement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE NUREMBERG

Séance du 5 avril 1900.

HEINLEIN. — **Carcinome de la langue et du larynx.** — L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 63 ans auquel il avait retiré sept ans auparavant, la moitié antérieure de la langue par le procédé de Sédillot. Pendant plusieurs années il ne survint aucune récidive locale, la déglutition et la phonation ; mais tout à coup survinrent des troubles laryngés de nature cancéreuse indéniable et il fallut pratiquer la trachéotomie sous anesthésie de Schleich et le malade succomba au bout de cinq mois.

ASSOCIATION OTO-LARYNGOLOGIQUE DE L'OUEST

5e Session annuelle tenue à Saint-Louis les 5, 6 et 7 avril 1900 (1).

Président : W. SCHEPPEGRELL (Nouvelle-Orléans).

1. E. PYNCHON. — **Légères irrégularités de la cloison nasale.** — Dans un nez parfait, la cloison divise les fosses nasales en deux parties égales et jamais les faces opposées ne doivent se toucher, même en cas de congestion des portions érectiles des cornets. Tous

(1) D'après *the Laryngoscope*, juillet 1900.

les rhinologistes sont d'accord pour intervenir lorsque l'obstruction est très prononcée, mais les opinions divergent pour les déformations légères. Les hypertrophies molles de la cloison sont justiciables du galvano-cautère. L'auteur est très partisan des opérations intra-nasales, avec le couteau, la scie ou la curette suivant les cas ; presques toutes demandent quinze jours de soins consécutifs pour aboutir à un résultat. Il faudra toujours masser la plaie avec de l'ouate imbibée de menthol camphré à 20 $^0/_0$ ou d'une solution d'antimoine à 10 $^0/_0$ après cocaïnisation pour ne pas faire souffrir le malade.

Discussion.

A. R. Amos (Iowa) croit qu'il est mauvais de provoquer des destructions de la muqueuse en employant la scie et le perforateur ; aussi est-il d'avis de se borner à amputer les cornets.

O. J. Stein (Chicago) n'est pas non plus enthousiaste des interventions devant corriger de légères malformations qui ne gênent pas les malades. En cas d'intervention, il accorde la préférence au cautère électrique.

F. C. Ewing (Saint-Louis) est partisan de créer des rapports normaux entre la cloison et les cornets, mais de ne pas abuser des opérations.

M. A. Goldstein (Saint-Louis) trouve que les spécialistes sont trop enclins à intervenir et qu'il faut être moins interventionniste en rhinologie afin d'éviter les destructions cartilagineuses.

W. L. Ballenger (Chicago) dit qu'il ne faut opérer que pour mettre fin aux altérations physiologiques de la muqueuse nasale.

Pynchon répond que ce sont les échecs de la thérapeutique conservatrice qui l'ont déterminé à recourir fréquemment aux moyens chirurgicaux dans les cas d'obstruction ou d'irritation. Depuis quelques années, il cautérise rarement l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

2. F. C. Ewing. — **Parotite récidivante persistant dix ans chez un enfant bien portant.** — Le fils de l'auteur, âgé de 11 ans, est sujet à de fréquentes attaques de parotite, généralement hémilatérales, depuis l'âge de 2 ans. Pas de tares héréditaires ; constitution robuste. Les crises éclatent inopinément et cèdent au bout d'un jour ou deux sans traitement. Ni hypertrophie ganglionnaire ni maladie générale. On ne trouve dans la littérature aucun cas similaire.

3. M A. Goldstein. — a) **Tuberculose primitive de l'oreille.** — Femme de 32 ans ayant eu dans son enfance une fistule mastoïdienne résultant d'un abcès mastoïdien ouvert trop tard.

Quand G. vit la malade pour la première fois, en juin 1899, l'opération d'urgence était indiquée. L'écoulement était intermittent ; au cours des derniers mois, il était sanieux et fétide. La malade accuse des douleurs mastoïdiennes aiguës. A l'examen, on trouve du tissu granuleux, mou, dans le fond du conduit auditif externe et une infiltration de la mastoïde très sensible à la pression ; température élevée.

Opération de Schwartze. L'antre est bourré de granulations et de débris caséeux suspects. Curettage soigneux et ouverture extrêmement large pour faire communiquer l'antre et le tympan.

On trouva des bacilles tuberculeux dans les matières caséeuses extraites de l'antre et des cellules mastoïdiennes ; le malade ne présentait nul autre indice de tuberculose.

La plaie commença à se cicatriser ; mais ultérieurement la suppuration reparut, et en novembre 1899, il fallut pratiquer l'opération radicale.

Actuellement, la plaie est presque close ; l'écoulement est tari. Etat général satisfaisant.

Au cours de la convalescence, la malade eut un érysipèle voisin de l'incision mastoïdienne et ce fut surtout après la disparition de l'érysipèle que l'amélioration se manifesta.

b) **Tuberculose primitive du larynx.** — Malade de 37 ans sans antécédents tuberculeux mais fumeur invétéré, consommant vingt à vingt-cinq cigares par jour. Pendant le cyclone qui s'abattit sur Saint-Louis en mai 1896, le malade se refroidit et son aphonie date de cette époque.

En janvier 1898, G. trouva le malade au lit, presque mourant, très émacié, toussant beaucoup et souffrant de troubles de la déglutition.

A l'examen, on remarqua une infiltration de la muqueuse très pâle et l'orifice glottique tellement rétréci qu'il était impossible d'examiner l'intérieur du larynx. Cartilages aryténoïdes très infiltrés et épaissis comme l'épiglotte.

Le malade a tellement abusé de la cocaïne et de la morphine que son système nerveux est épuisé. Suspension de la cocaïne et de la morphine, applications locales d'acide lactique (5 % dans de la glycérine) et de gaïacol (20 % dans de la glycérine) alternées de semaine en semaine. Extraits de bœuf et de malt également alternés. Au bout d'un mois, le malade était sur pied et en deux

mois il avait augmenté de 10 à 15 livres. Les douleurs sont très atténuées et la toux moins fréquente.

On n'a jamais constaté la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats.

Au début, dès que le malade fut en état de supporter l'iodure de potassium, on le mit au traitement spécifique, mais sans résultat.

On a eu sans doute affaire à un cas très rare de tuberculose primitive du larynx sans autres lésions tuberculeuses et évoluant sans ulcérations.

Discussion.

W. Scheppegrell croit que la tuberculose auriculaire est rare, l'affection tirant plutôt son origine des tissus lymphoïdes naso-pharyngiens. Quoique la tuberculose laryngée primitive soit exceptionnelle, on en connaît pourtant quelques cas.

F. C. Ewing, à propos de la tuberculose laryngée, dit avoir guéri un malade qui fut aussi vu par feu le Dr Mulhall. Jamais on ne trouva de bacilles tuberculeux et le malade absorba sans résultat de l'iodure de potassium. Des injections de sublimé corrosif n'exercèrent aucune action sur le larynx ulcéré. Par des précautions hygiéniques et des applications d'acide lactique pendant quatre ans, le malade a augmenté de 33 livres et sa voix qui était perdue n'est plus que légèrement rauque.

W. Porter (Saint-Louis). — Le cas de Goldstein est unique puisqu'il présentait l'apparence laryngoscopique d'une infiltration tuberculeuse, sans en avoir l'aspect clinique.

Il s'agit sans doute d'une phtisie laryngée à évolution lente.

4. W. Scheppegrell. — **Physiologie de la voix.** — Il y a une grande différence entre la voix parlée et la voix chantée. Le chant embrasse une octave et demie ou deux octaves et certains chanteurs dépassent même ces limites, tandis que pour la parole on n'a besoin que de trois demi-tons ; il existe des divergences selon les individus. A la Nouvelle-Orléans où l'élément français est très vivace, on observe des différences de ton d'une octave dans la conversation.

On classe les voix en soprano, mezzo soprano, contralto, ténor, baryton et basse qui ont des *timbres* variés. Comme respiration, on condamnera le type claviculaire et on emploiera de préférence la respiration diaphragmatique.

5. W. L. Ballenger. — **Epreuves de l'ouïe pour aider au diagnostic différentiel des lésions auriculaires.** — Le diapason, le sifflet de Galton, les épreuves de Weber, Rinne, Schwabach et Bring aident considérablement au diagnostic différentiel des maladies d'oreilles, surtout pour les localiser.

H. W. Loeb (Saint-Louis). — **107 Polypes extraits en une séance.** — Le cas est unique non par la quantité de polypes nasaux extraits mais parce que l'auteur les excisa tous dans la même séance.

BIBLIOGRAPHIE

Lehrbuch der Ohrenheilkunde für practische Aerzte und Studirende (Traité d'otologie pour les praticiens et les étudiants), par Adam Politzer, 4e édition entièrement remaniée, Stuttgardt F. Enke, 1901. 1 vol. in-8°, de 710 pages avec 346 figures dans le texte.

Le Professeur Politzer est certainement plus populaire en France que l'otologie : dans nos campagnes, bien des médecins savent son nom, qui ignorent l'oreille.

Son traité d'otologie est le *Bulletin officiel* de l'otiatrique : tous nous y avons puisé le fond de nos connaissances. Aujourd'hui, le maître nous donne une quatrième et définitive édition de son livre, qui couronne bien sa grande carrière.

Cet ouvrage arrive à son heure. Il est comme une revue d'ensemble de toute l'otologie du XIXe siècle, époque qui a tant apporté de progrès, vers son déclin, à notre branche de l'art médical ; et quand, plus tard, d'autres livres auront pris sa place dans l'enseignement, il demeurera cependant, à l'égal des œuvres célèbres qui jalonnent l'horizon de la médecine dans la fuite du passé.

Toutefois, ce sont surtout les progrès que l'otologie a faits depuis deux ans, que Politzer s'est attaché à mettre au point ; cent pages nouvelles et un grand nombre de figures ajoutées marquent le chemin parcouru depuis la troisième édition.

La partie anatomique qui commence ce traité s'est enrichie de planches très curieuses : comme nouveauté, on remarquera les recherches récentes sur les déhiscences des parois de la caisse.

La technique thérapeutique générale a reçu de nombreuses

additions ; le massage pneumatique y est étudié avec une prédilection toute spéciale : les lecteurs des *Annales* ont eu du reste, il y a peu d'années, la primeur des recherches de l'auteur sur la raréfaction et la condensation.

A signaler également l'introduction dans l'acoumétrie des procédés optiques qui donnent à nos mensurations une bien plus grande précision : tel l'emploi du diapason de Gradenigo. A remarquer aussi les méthodes et appareils qui servent à déceler les altérations latentes des fonctions statiques du labyrinthe.

Certains chapitres de cet ouvrage sont des monographes d'actualité : ainsi l'étude des otites aiguës des nouveau-nés ; ainsi l'histoire des suppurations aiguës de l'attique externe.

Plus loin, une analyse très fouillée des complications cérébrales des otites, parmi lesquelles un chapitre est consacré à la mise au point de la méningite séreuse, entité jusqu'ici peu connue, qui commence à se dégager du chaos symptomatique des encéphalopathes otitiques.

La surdité au cours de la méningite cérébro-spinale est également décrite avec une grande recherche dans les détails, car la fréquence croissante de cette affection en fait un renouveau pathologique avec lequel de plus en plus nous aurons à compter.

Au reste, analyser un tel livre n'est pas possible : il me faudrait résumer l'otologie. Mais je tiens à dire, avant de terminer, combien le lecteur français sera agréablement surpris par la bibliographie complète et impartiale qui sert d'assise à cet ouvrage. Les œuvres de jeunes docents allemands se plaisent à ne point mentionner nos efforts scientifiques ; et, à les parcourir de bonne foi, vraiment on est amené souvent à se demander si nos travaux sont tellement insignifiants qu'ils ne puissent entrer en ligne de compte otologique ; mais qu'importe le mépris des petits, si les livres des maîtres remettent toutes choses à leur place ; et il nous suffit que justice nous soit bien rendue par Politzer pour que notre peine ait la récompense qu'elle mérite.

Et maintenant, il me faut remplir un devoir très doux, car mon nom figure en tête de ce livre, à la page de dédicace.

Il y a quelque vingt ans, je partais pour Vienne, fier d'emporter avec moi les appellations sonores que nous octroient péniblement nos chers concours ; bien vite, je dus abandonner titres et illusions au seuil de la clinique de l'Alserstrasse, et joyeusement j'y redevins étudiant, convaincu que la meilleure recommandation qui me suivrait dans toute ma vie serait d'avoir été dégrossi et façonné à l'Ecole de Politzer. Il y avait alors entre sa

science et mon innocence otologique une telle distance, que rien ne me semblait pouvoir en restreindre jamais l'étendue.

Depuis lors, en vérité, le changement des choses n'a point été tel que ce ne soit pour moi une surprise infinie, de me voir figurer en tête de l'Œuvre du maître, au titre précieux de l'amitié qui s'y affirme. Aussi bien, veux-je ne pas garder ma gratitude en moi, mais bien prendre à témoins ceux qui me lisent de l'intensité du sentiment de reconnaissance qui me pénètre ; et publiquement, très haut, dire à mon vénéré maître qu'il a trouvé dans sa bonté le secret de la meilleure récompense qui puisse jamais être donnée à mon travail. M. LERMOYEZ.

Etude des formes cliniques de tuberculoses laryngées au point de vue du pronostic et essai de traitement, par J. ARIS Y GARCIA (Thèse de Madrid, analysée in oto-rino-lar-española, 20 juillet 1901.)

Conclusions. — 1° La classification des formes cliniques de la phthisie laryngée répond à un but pratique et est inspirée par la façon dont se comporte la lésion phymique et sa rapidité d'évolution.

2° La forme très grave est caractérisée par la rapidité extraordinaire de son évolution. La lésion envahit la totalité du larynx et entraîne infailliblement la mort.

3° La forme grave n'évolue pas aussi vite que la première, elle est mortelle également, mais ne présente pas autant de propension à la métamorphose régressive.

4° La moins grave participe de la catégorie antérieure et aussi de la suivante puisqu'elle peut se développer lentement.

5° La forme curable se reconnaît à des lésions peu étendues pouvant subir des modifications et, selon les cas, s'améliorant ou empirant.

6° Le problème du traitement de la phtisie laryngée est sur la voie de la résolution.

7° En comparant les avantages des topiques employés, en cas d'infiltration on se servira du menthol qui agit au point de vue antiseptique et décongestionnant.

8° Si le larynx est ulcéré, on emploiera avec avantage l'acide lactique ou la solution lacto-phénolée.

9° Le chlorure de zinc est indiqué dans la forme curable.

10° Dans toutes les formes, on obtient des succès par les injections intra-trachéales de créosote.

11° Le traitement chirurgical est contre-indiqué dans les phases aiguës, il réussit seulement dans la forme curable ou végétante.

12° Ne jamais négliger le traitement général.

13° La phtisie laryngée guérit surtout par la suralimentation et la cure d'air.

14° En cas de sténose glottique grave, on aura recours au tubage ;

15° Bien que le succès ne couronne pas toujours nos efforts il faut lutter toujours, ainsi que le recommande Jaccoud.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Hémorrhagie grave après l'ablation d'un polype de l'oreille, par C. Dufour (*Arch. of Otol.*, février 1900).

Gros myxo-fibrome venant faire issue dans la conque chez une femme de 50 ans : il y avait en même temps un abcès autour du tragus. Ablation à l'anse froide suivie d'une hémorrhagie artérielle telle que l'on songea à lier la carotide. Enfin la malade ayant été endormie avec le chloroforme, on put faire un tamponnement du conduit qui arrêta l'écoulement du sang. Il est probable qu'une petite artériole du fond de la caisse avait été déchirée pendant l'ablation. M. LANNOIS.

La caisse du tympan chez l'homme sain est sans germes, par Preysing (*Centrabl. f. Bacteriologie*, Bd. 25, n°s 18 et 19 et *Archiv. of Otol*, n°s 5 et 6, 1899).

Sur soixante-neuf cadavres dont les tympans furent ouverts avec des précautions antiseptiques, Preysing en trouva soixante-deux qui ne renfermaient pas de microbes. Les sept autres avaient sans doute été infectés auparavant. Les cavités tympaniques d'enfants nouveau-nés remplies du coussinet muqueux, celles de malades œdématiés (anasarque généralisé) pleines d'exsudat séreux, se sont également montrées dépourvues de germes.

Dans un cas d'otite moyenne chez un dothienentérique, l'auteur a trouvé le bacille typhique. M. LANNOIS.

Etude expérimentale sur la limite de perception des sons élevés, par Schwendt (*Arch. f. d. ges. Physiologie*, Bd. 75 et *Archiv. of Otol*, n°s 5 et 6, 1899).

Employant la méthode de Kundt des figures de sable et leurs

photographies, Schwendt indique comme limite normale de l'audition possible des sons élevés.

1.	Avec	le f^7 de la série de König	=	20.480	v. d.
2.	—	le diapason f^7	=	21.845	v. d.
3.	—	le f^7 du sifflet de Galton	=	21.845	v. d.
4.	—	le a^7 — d'Edelmann	=	27.361	v. d.

Quant au soi-disant g^8 d'Appun (50.880), il ne donne en réalité que dix à onze mille v. d. (f^6). On n'a pas encore construit d'appareil qui puisse donner 40.000 v. d. et d'ailleurs des sons de cette hauteur ne peuvent être perçus. M. LANNOIS.

Epreuves de Rinne et de Gellé, par G. BRÜHL (*Arch. of Otol.*, février 1900).

L'expérience de Rinne, dit l'auteur, n'est valable qu'à condition de tenir compte des observations de Bezold sur la nécessité d'employer plusieurs diapasons et surtout les diapasons les plus bas. Les conditions qui font varier cette épreuve, en dehors des résultats différents donnés par des diapasons différents, sont le point du crâne où se fait l'application, la force avec laquelle on frappe l'instrument et surtout l'addition à l'affection de l'oreille moyenne de lésions siégeant dans l'oreille interne.

Brühl discute ensuite l'épreuve de Gellé et l'explication qui en a été donnée par son auteur. Il ne s'agit pas, comme le croit Gellé, d'une modification de la pression intra-labyrinthique, mais bien d'une diminution de la mobilité de la chaîne des osselets. Mais malgré tout l'épreuve de Gellé est un excellent moyen pour se renseigner sur la mobilité de l'étrier.

L'association de ces deux expériences de Rinne-Bezold et de Gellé peut donner des renseignements très utiles pour le diagnostic. Car :

1° Si le Rinne est positif, le Gellé est sans exception positif et le trouble auditif est dû à une lésion nerveuse.

2° Si le Rinne est négatif d'une manière absolue et totale ou du moins jusqu'au c_1, le Gellé est sans exception négatif et le trouble auditif est lié à des lésions de l'appareil conducteur.

3° Si le Rinne est négatif au-dessous ou jusqu'à la limite du c. et positif au-dessus, c'est le Gellé qui décide s'il y a ou non ankylose de l'étrier. M. LANNOIS.

Bruits d'oreille (Tinnitus aurium), par R. PANSE (*Archiv. of Otol.*, n°s 5 et 6, 1899).

De l'étude des bruits qui peuvent se produire dans les oreilles

chez les personnes saines on peut conclure, avec Hensen, que les notes basses se produisent dans l'oreille moyenne et les notes élevées principalement dans l'oreille interne.

D'après Panse, les sons de conduction purs sont dus à la rigidité de l'appareil de conduction. Ceux-ci oscillent entre 16 et 256 vibrations.

Les sons plus élevés sont dus à des processus dans l'oreille interne. Cette assertion trouve un appui dans leur apparition chez des personnes saines sous l'influence de causes que l'on sait atteindre le labyrinthe (intoxications quinique, salicylique, etc). Ils peuvent être produits :

1° par une action réflexe dont le point de départ est dans le conduit auditif, l'oreille moyenne ou des points de l'organisme les plus éloignés et les plus divers ;

2° par des lésions de l'oreille interne ou du nerf lui-même.

Toutefois dans certains cas rares des sons peu élevés peuvent avoir leur origine dans l'oreille moyenne.

L'audition de bruits complexes, de mélodies, etc., indique fréquemment des lésions cérébrales mais ne permet pas de les affirmer *a priori*.

En ce qui concerne le traitement on doit formuler comme règle qu'il ne faut pas tenter d'opérations graves sur l'appareil de conduction, et en particulier ne pas faire la stapedectomie, lorsque les bruits perçus par le malade sont élevés. M. LANNOIS.

Dilatation électrolytique de la trompe d'Eustache, par A. DUEL (*Am. journ. of med. sciences*, avril 1900).

Le mémoire de M. Duel est basé sur cinquante observations résumées en un tableau. D'après lui, l'obstruction tubaire existe dans un nombre considérable de cas d'otite moyenne catarrhale chronique à forme hypertrophique : il est du devoir du médecin de faire disparaître cette obstruction.

Si l'obstruction est due à l'organisation d'un exsudat le meilleur moyen pour la guérir est de recourir à l'électrolyse parce que c'est la méthode la plus rapide, la plus efficace et celle qui donne les résultats les plus durables.

Il va de soi que la disparition de l'obstacle dans la trompe d'Eustache n'est qu'un des facteurs du traitement et que le pronostic reste surtout subordonné à l'état de la caisse.

En un mot toute trompe rétrécie doit être ramenée à son calibre normal et, si l'obstruction est due à l'organisation d'un exsu-

dat inflammatoire, c'est l'électrolyse qui arrivera le mieux à ce résultat. M. LANNOIS.

Mariage des sourds-muets, par Fay (*Archiv. of Otol.*, nos 5 et 6, 1899).

Travail de statistique du bureau Volta de Washington (1898). Les mariages entre sourds-muets sont plus fréquents en Amérique (23,1 % des élèves des écoles de sourds-muets) qu'en Europe (7 à 12 %), sauf en Danemark (23 %).

Les mariages sont plus fréquents entre sourds-muets qu'entre sourds-muets et entendants-parlants.

Les mariages de sourds-muets congénitaux donnent plus d'enfants sourds-muets que les mariages de sourds-muets acquis (12 % contre 4,2 %). Le nombre des enfants sourds-muets augmente si les géniteurs sont consanguins et surtout s'il y a déjà d'autres sourds-muets dans les familles. M. LANNOIS.

Traitement thyroïdien de la surdité chronique, par A. Bruck (*Archiv. of Otol.*, nos 5 et 6, 1899).

Après avoir rappelé les observations de Vulpius, Alt, Brühl Eitelberg, l'auteur dit avoir fait un essai suivi dans 40 cas. Dans aucun cas il n'a trouvé le traitement thyroïdien de quelque utilité lorsque les autres méthodes de traitement étaient déjà restées sans résultat.

Paralysie faciale dans l'otite moyenne aiguë, par W. Murray (*Archiv. of Otol*, fév. 1900).

Deux cas de cette complication sur 258 observations. Le premier, un homme de 34 ans, après un coup sur l'oreille, eut de la douleur, puis perforation du tympan et paralysie simultanée. Chez le second, un écolier de 14 ans, douleur vive et paralysie du facial : la suppuration ne se produisit qu'ultérieurement.

M. LANNOIS.

Série de cas de suppurations de l'os temporal, par Swan Burnett (*Archiv. of Otol.*, fév. 1900).

L'auteur rapporte dix observations de mastoïdites, les unes simples, les autres compliquées. Une des plus intéressantes est celle d'un enfant de 6 ans qui eut une mastoïdite de Bezold, ce qui est fort rare, on le sait, en raison du peu de développement des cellules de l'apophyse à cet âge. L'enfant ne paraît pas avoir eu d'écoulement dans les jours qui précédèrent l'entrée à l'hôpital et l'opération : aussi Burnett pense-t-il qu'il s'est agi là d'une

mastoïdite primitive. Toutefois il est permis de rester dans le doute car il n'est pas dit dans l'observation qu'on ait pratiqué l'examen otoscopique du conduit.

Une partie des malades traités étaient des enfants nègres. L'auteur fait remarquer à ce propos que la mastoïdite n'existe pour ainsi dire pas chez le nègre adulte. Il n'en a vu aucun cas et les otologistes qu'il a interrogés à ce point de vue sont d'accord pour admettre la grande rareté de cette complication chez le nègre. Il n'en est plus de même chez les enfants qui sont mal nourris, scrofuleux ou tuberculeux, et qui sont très exposés aux suppurations osseuses les plus diverses. M. LANNOIS.

Diagnostic et traitement de la leptoméningite d'origine otique, par le Dr Gradenigo (*Archiv. f. Ohrenh.*, Bd. 47, Hft. 3).

Quatre observations. — Dans la première : otorrhée bilatérale, abcès extradural périsinusien à droite, avec début de thrombose du sinus latéral, leptoméningite basilaire, mort. L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic, l'abcès sous-dural étant resté latent jusqu'au dernier moment. Les accidents graves survinrent après l'opération de la mastoïde, ce qui a une grande importance pratique, puisqu'on aurait pu les attribuer à une faute opératoire : il faut donc être toujours réservé dans le pronostic. — L'auteur insiste sur le nystagmus que présentait sa malade.

Dans les trois autres cas, il s'agissait d'otorrhées se compliquant de phénomènes de méningite, et qui guérirent tous les trois après la trépanation de la mastoïde et (2 fois) la crâniotomie explorative, qui conduisit, dans le premier, sur un foyer sous-dural.

Gradenigo fait remarquer que jusqu'à ces derniers temps, cette complication était considérée comme mortelle : en 1894, Körner ne citait qu'un cas de guérison probant. Depuis, les cas guéris sont devenus moins rares ; toutefois on pourrait dire qu'il s'agissait de manifestations purement réflexes, de méningite séreuse, ou de foyers limités sous-duremériens.

Mais dans deux des cas de l'auteur, ces explications ne sont pas valables, et il s'agissait bien de méningite purulente, comme le démontra l'examen du liquide retiré par la ponction lombaire.

Ces faits sont aussi très encourageants pour le chirurgien, puisqu'ils démontrent que la guérison peut survenir même après que des phénomènes indéniables de méningite ont apparu.

M. LANNOIS.

Abcès cérébral d'origine otique avec cécité verbale, par H. Knapp (*Archiv. of Otol.*, fév. 1900).

Très intéressante observation d'une fillette de 12 ans ayant de l'otorrhée gauche depuis l'enfance, qui avait présenté de la céphalée frontale avec nausées et vomissements depuis quatre semaines. Elle fut prise brusquement de coma et de convulsions pendant six heures. Le lendemain elle était excitée, mais consciente et raisonnable, avec de la température (38°3) etc., un champ visuel normal et de l'aphasie optique très prononcée Si on lui présentait un objet, elle répondait : « Je sais ce que c'est, mais ne puis dire le nom » et le répétait correctement si on le lui disait.

On diagnostiqua chez elle : carie profonde de la mastoïde et du recessus épitympanique, abcès épidural et cérébral, méningite commençante. L'opération fut faite le 17 décembre, mais il n'y avait pas d'abcès sous-duremérien et une sonde introduite dans la substance cérébrale ne fit pas découvrir l'abcès.

Celui-ci existait bien cependant, car l'enfant ayant succombé brusquement le 24 décembre, on trouva, dans la partie moyenne du lobe temporo-sphénoïdal, un abcès de 45 millimètres de long, sur 26 de haut et 20 millimètres de large, qui s'était ouvert dans le ventricule latéral.

Knapp insiste sur l'importance qu'il y a à faire les ponctions d'abcès cérébral avec une aiguille aspiratrice d'un calibre suffisant. Il ne croit pas que ce cas puisse servir à la localisation du centre de la mémoire optique et fait remarquer l'absence de papille étranglée et d'hémianopsie. M. LANNOIS.

Otorrhée et tumeur cérébrale, par Hessler (*Archiv. f. Ohrenh.*, Bd 48, Hft 1-2, déc. 1899).

L'auteur donne d'abord la liste des cas où cette coïncidence a été rencontrée ; il n'a trouvé que 18 cas dont il donne un court résumé. Il a laissé de côté 3 cas de Fischer, Curran et Heiman, qui lui paraissent moins intéressants.

Dans le cas de Hessler il s'agissait d'une petite fille de 11 ans qui, à la suite d'une scarlatine, présenta, avec une surdité absolue des deux oreilles, de l'otite moyenne purulente et une mastoïdite aiguë à gauche, pour laquelle on fit une trépanation précoce. Malgré un peu de diminution de la fièvre, il persista de l'anorexie, des vomissements et de l'apathie. Dix-huit jours après, vomissements abondants, puis crises épileptiques répétées (5 ou 6)

débutant par le côté gauche du corps ; la malade revient complètement à elle, mais les crises se répètent dans l'après-midi : albuminurie abondante, température à 40°1, pouls : 160, etc.

On trépane le crâne en haut et en arrière, on trouve la dure-mère tendue et on fait six ponctions sans résultat. Treize jours plus tard, la malade tombe brusquement dans le coma et meurt au bout de quatre jours, sans qu'une nouvelle ouverture de la plaie cérébrale ait modifié son état.

A l'autopsie, grosse tumeur occupant tout le lobe temporal gauche, s'étendant jusqu'au ventricule, entourée d'une zone ramollie et de petites hémorrhagies ponctiformes. Caillot blanc dans le sinus latéral. Pas de méningite.

L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic, car il pouvait s'agir, dans ce cas, d'urémie post-scarlatineuse, de méningite séreuse ou d'abcès cérébral. Il fait aussi remarquer que le début des crises épileptiques se faisait nettement à gauche et que la lésion cérébrale était du même côté. Il insiste sur ce fait que la surdité de l'oreille droite était complète, sans qu'on vît de lésions du tympan, et il attribue à cette surdité une origine centrale par le fait de la tumeur elle-même.

Il étudie ensuite en détail les observations des auteurs précédents au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic.

M. LANNOIS.

Abcès du cerveau traité par la trépanation, par LAVISÉ (Soc. belge de chirurgie, 20 juin 1898).

L'auteur a eu à traiter un infirmier qui, à la suite d'une influenza compliquée d'otite moyenne aiguë à droite, avait présenté des symptômes de céphalalgie à droite, de parésie du membre supérieur gauche, de somnolence, de fièvre, de vomissements, en un mot tous les symptômes caractéristiques d'un abcès cérébral. Lavisé fit la trépanation à la région du lobe temporal. Une incision mit à jour une collection de pus qui fut évacuée ; il y en avait environ une cuiller à soupe. Tous les phénomènes s'amendèrent rapidement, pour se reproduire bientôt. Une ouverture de la plaie ne fit rien découvrir de suspect, mais les symptômes s'aggravant de plus en plus, une troisième opération fut décidée ; l'exploration ne faisant pas découvrir de pus, on se borna à la résection de la portion de cerveau qui faisait hernie dans la plaie. La mort du sujet survient bientôt après ; à l'autopsie, on trouva un vaste abcès du lobe sphénoïdal et une méningite suppurée de la base du crâne.

GEORGES LAURENS.

L'état actuel de l'otologie dans la Grande-Bretagne, par GRUSSEY (*Lancet*, 22 décembre 1900).

L'auteur exprime l'opinion qu'en parcourant systématiquement la littérature anglaise, on est frappé de l'ignorance à peu près totale qui y règne à propos des travaux étrangers. Ce fait provient de l'ignorance des langues étrangères si répandue parmi les confrères anglais, et due sans doute à ce que leurs occupations de clientèle les empêchent de prendre connaissance des progrès de la science allemande. Ainsi, les compatriotes de Toynbee négligent de recueillir les fruits des grains qu'il a semés et la maîtrise otologique a passé aux mains d'autres nations. C'est Zaufal, de Prague, qui, dès 1880, a préconisé l'ouverture et la ligature de la jugulaire interne en cas de thrombose des sinus, fait que Horsley négligea de citer en décrivant le même procédé opératoire en 1886. Le livre de Macewen, publié en 1898, signale comme des nouveautés, des choses connues depuis longtemps. La mémoire de Ballance sur les *greffes cutanées consécutives à l'opération mastoïdienne* (1) vient encore de démontrer combien les Anglais sont peu au courant des travaux modernes. Sauf certains détails insignifiants, la description de l'ouverture mastoïdienne fournie par Ballance ne diffère aucunement de l'intervention qui a eu la vogue en Allemagne au cours de ces dix dernières années. Dès 1893, Siebenmann recommandait l'application de greffes cutanées sur la plaie. SAINT-CLAIR THOMSON.

Un cas de thrombose otogène directe du bulbe de la jugulaire, sans thrombose du sinus transverse, par SCHMITZ, (*St Petersburg et med. Woch.*, n° 27, 1900, *in Arch. f. Ohrenheilk*, Bd 51, Hft. 1, 1900).

Enfant d'un an apporté moribond à la consultation. Respiration embarrassée avec bruit de sténose inspiratoire. Vieille otorrhée droite. Sous l'apophyse mastoïde est apparue, dix jours auparavant, une tumeur grosse comme un œuf de poule. Diagnostic : abcès rétro-pharyngien. L'incision ne laisse pas sourdre de pus, mais du sang liquide et coagulé. Malgré la trachéotomie, le malade succombe. D'après l'autopsie, S. conclut que l'infection s'est propagée depuis le plancher de la caisse et que la thrombose est survenue secondairement. SAINT-CLAIR THOMSON.

(1) *Medico Chir. Trans.* 1900.

Abcès cérébelleux, par Guinard (Société de chirurgie), 14 décembre 1898.

Guinard rapporte les deux observations suivantes :

La première a trait à un jeune homme de 18 ans chez lequel je fis le diagnostic de suppuration intra-crânienne consécutive à une otite suppurée, survenue elle-même au cours d'une fièvre typhoïde. J'ouvris la mastoïde, je pénétrai dans l'antre et il s'écoula un peu de pus.

J'enlevai la mastoïde en totalité, l'os étant très friable, puis j'agrandis en haut et en arrière vers le sinus latéral que je vis bientôt paraître. Au-dessous du sinus et en arrière, l'os était rugueux et modifié. Une ponction démontra l'existence du pus dans la profondeur. J'incisai alors au bistouri la dure-mère, au dessous du sinus, et j'arrivai sur le cervelet que j'incisai : il s'écoula un grand verre de pus. Le malade mourut dans la journée et l'autopsie montra qu'il n'y avait pas d'autre lésion, que l'orifice crânien occupait juste la concavité du genou du sinus et que ce dernier était oblitéré par un caillot solide et refoulé un peu en avant. L'abcès, très volumineux, occupait tout le lobe droit du cervelet.

Le second cas se rapporte à une otite moyenne droite consécutive à l'influenza, survenue chez un homme de 72 ans et compliquée d'accidents cérébraux qui firent penser à une méningite probable. Néanmoins, le diagnostic n'étant pas très ferme, la mastoïde fut ouverte : elle était très dure, éburnée superficiellement, infiltrée de fongosités profondément. La mort survint le lendemain et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une méningite suppurée de la base, causée, fait exceptionnel, par une labyrinthite suppurée.

GEORGES LAURENS

Abcès du cervelet consécutif à une otite suppurée, par Gaudier (de Lille). (Société de chirurgie, 30 novembre 1898).

Il s'agit d'une enfant de 4 ans atteinte d'une otite suppurée chronique datant d'un an, consécutive à la grippe et accompagnée depuis une semaine de troubles de la marche (titubation) depuis 48 heures, de torticolis et de strabisme. Pas de fièvre. Pas de troubles de la parole.

Gaudier fait le diagnostic d'abcès cérébral et opère ; ouverture de la caisse, extraction d'un séquestre qui laisse suinter une gouttelette de pus. Pensant qu'il peut y avoir une collection profonde, il agrandit l'orifice de perforation.

Il voit la dure-mère, l'incise, trouve une goutte de pus à la surface du cervelet, l'incise à son tour et pénètre enfin dans une cavité intra-cérébelleuse contenant du pus, qu'il évacue. L'enfant guérit assez rapidement. GEORGES LAURENS

Otite et mastoïdite chroniques, avec abcès extradural de la fosse cérébelleuse. Opération par voie mastoïdienne. Guérison, par A. Broca (Société de chirurgie, juillet 1899.)

Broca rapporte l'observation d'une fillette qui, atteinte d'otorrhée double, est prise, à la fin de février 1899, de douleurs dans l'oreille gauche avec céphalée, elle va en classe jusqu'au 4 mars; le 6, céphalée frontale ; le 7, maux de tête violents, vomissements, titubation dans la station debout. Le 8, entrée à l'hôpital où B. constate une tuméfaction douloureuse rétro-auriculaire.

Trépanation d'urgence ; abcès sous-périosté, avec pus horriblement fétide. Ouverture de l'antre, des cellules et de la caisse. Pas d'ostéité de la corticale interne. Comme les symptômes paraissaient suffisants pour justifier l'exploration de la fosse cérébelleuse, mise à nu du sinus et attaque de l'os au-dessus de la gouttière sigmoïde ; il existait un abcès extra-dural, du volume d'une noisette, la dure-mère était jaunâtre.

La fièvre persista huit jours, mais la fillette guérit complètement. L'auteur insiste sur la voie opératoire qu'il a suivie, voie mastoïdienne qu'il adopte toujours pour pénétrer dans la fosse cérébelleuse. GEORGES LAURENS

Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse, par Picqué et Mauclaire (de Paris) (*Gazette des hôpitaux*, 22 octobre 1898. — Congrès français de chirurgie, 1898).

De grands progrès ont été accomplis dans la thérapeutique des suppurations otitiques qui siègent au niveau de la paroi supérieure du rocher. Malheureusement, toutes n'ont pas ce siège, les procédés employés sont dès lors manifestement insuffisants.

Les recherches anatomo-phatologiques que les auteurs ont entreprises dans de récentes publications, et particulièrement celles de Paul Koch, ont montré que ces variétés sont loin d'être exceptionnelles, et l'on comprend dès lors pourquoi tant de malades succombent après avoir subi les interventions les plus rationnelles.

P. et M. se sont appliqués, dans des recherches cadavériques, à déterminer un procédé opératoire qui convienne à ces cas.

Il faut tout d'abord distinguer dans les collections suppurées de la loge cérébelleuse, les variétés suivantes :

1° Collections ostéo-duremériennes ;

2° Collections intra-durales ;

3° Collections en bissac ou en étages { péri-cérébelleuses ; intra-cérébelleuses.

Les *collections ostéo-duremériennes*, bien étudiées par Hoffmann, Jansen, Krammer, Picqué et Février, Grunert, Paul Koch, sont bien connues aujourd'hui au point de vue clinique.

Il faut signaler cependant quelques variétés anormales par leur siège, puisqu'elles sont localisées, non plus dans la région pétro-mastoïdienne, mais dans la fosse occipitale.

Les variétés antérieures les plus fréquentes peuvent être évacuées par la voie mastoïdienne ou voie en Y de Wheeler, que l'un des auteurs avait proposée dans son mémoire de 1892, mais il est évident que les variétés postérieures ne sont plus justiciables de ces procédés, et qu'il convient de les aborder par la voie occipitale.

Leurs recherches cadavériques sur les zones décollables de la dure-mère cérébelleuse, leur ont montré que celle-ci peut être détachée de toute la fosse occipitale facilement et assez difficilement sur la moitié externe du rocher, et cela aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Sur la moitié interne du rocher, elle est indécollable sans fragmentation, mais par le fait de l'inflammation du rocher, elle peut devenir décollable.

Les suppurations *intra-durales para-cérébelleuses* sont tantôt circonscrites : ce sont alors des abcès enkystés des méninges, tantôt diffuses.

Les collections *intra-cérébelleuses* sont corticales ou médullaires, circonscrites ou diffuses (cérébelleuses diffuses, phlegmon du cervelet). Leur étiologie, leur anatomie pathologique ont été étudiées récemment, très complètement, par Paul Koch, dans un travail basé sur 122 observations ; depuis, 10 cas nouveaux ont été publiés ; ce n'est pas parce que cette complication des otites infectieuses est plus fréquente, c'est l'intervention qui est moins rare.

Au point de vue pathogénique, il faut admettre tantôt la théorie mécanique de l'infection par simple contiguité, tantôt la théorie de l'infection à distance, c'est-à-dire la propagation microbienne par les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

De tous les symptômes observés, et ils sont nombreux, les plus fréquents sont l'ataxie cérébelleuse, les vertiges, les vomissements,

la lenteur du pouls, la douleur occipitale, la rigidité de la nuque, mais le diagnostic est souvent incertain. Etant donné le pronostic, l'intervention sera souvent exploratrice et précoce.

Les voies suivies pour aborder les collections péri-cérébelleuses et cérébelleuses d'origine otitique sont nombreuses.

La voie mastoïdienne partielle, voie en Y de Wheeler, ou voie appelée sus-attico-antrale, permet d'aborder les collections ostéo-duremériennes antérieures et les collections intra-durales para-cérébelleuses, et les intra-cérébelleuses antéro-internes.

La voie mastoïdienne totale, procédé transmastoïdien de Mignon, permet d'aborder facilement les collections soit antéro-internes, soit antéro-externes ; mais il nous a paru insuffisant pour évacuer et bien drainer les abcès postéro-internes.

Les voies complexes temporale et temporo-occipitale, passant à travers la tente du cervelet, sont à rejeter.

La simple trépanation de la fosse occipitale est insuffisante. P. et M. proposent, pour la remplacer, un large lambeau ostéoplastique, mastoïdo-occipital rétro- et sous-sinusien ; cette voie mastoïdo-occipitale, ainsi qu'il résulte de leurs recherches cadavériques, donne en effet beaucoup de jour et permet d'explorer toute la loge cérébelleuse. Cela est important, étant donné l'incertitude fréquente du diagnostic de la collection, et de la variété de la collection contenue dans la loge cérébelleuse.

Il faut songer à la possibilité des collections en bissac, et même toujours les rechercher en explorant avec soin la face externe de la dure-mère. C'est par une intervention exploratrice large et précoce, que l'on diminuera la gravité du pronostic opératoire.

La mortalité après l'intervention est encore de 52 p. 100. Mais il est évident que tous les cas de mort ne sont pas imputables au chirurgien, bien des malades ayant été opérés en plein coma.

GEORGES LAURENS.

Quatre cas d'abcès cérébelleux, par C. A. RANDALL (*Journ. amer. med. ass.*, 11 novembre 1999, in *Laryngoscope*, juillet 1900).

1° Enfant de 15 ans, atteint d'otite moyenne suppurée chronique avec accidents mastoïdiens. A l'autopsie, on trouva un petit abcès cérébelleux, mais il fut impossible de découvrir la route de l'infection crânienne.

2° Destruction osseuse étendue entre la mastoïde et la cavité crânienne. Au bout de 15 jours, symptômes cérébraux, et une seconde intervention dut être suspendue vu la violence de l'hémor-

rhagie. La mort qui survint quatre jours après fut provoquée par un abcès cérébelleux.

3° Guérison d'un cas typique.

4° Evacuation d'un abcès cérébelleux, le malade mourut subitement quelques heures après l'opération.

Un nouveau bacille filamenteux, causant des affections pseudo-actinomycosiques, par le Prof. VINCENZO COZZOLINO (*Zeitschr. f. Hygiene um Infectionskr.* 1900, p. 36).

Il s'agit d'une tumeur qui a envahi l'oreille externe, la région mastoïdienne, le naso-pharynx, plus tard le cou, et qui a évolué comme le fait l'actinomycose. L'auteur apporte l'étude minutieuse de ce cas et établit que le filament qui constituait le microorganisme pathogène de la maladie est complètement différent de l'actinomyces ; il en donne la morphologie complète, examen histologique, cultures, inoculations. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Autopsie d'un cas d'actinomycose de l'oreille moyenne, par S. C. BECK (*Prager med. Woch.*, 1900, p. 745).

Le malade, observé par le prof. Zaufal, était âgé de 54 ans lorsqu'il fut atteint d'une tuméfaction de la région mastoïdienne gauche, qui se ramollit et s'ouvrit spontanément au bout de quelques mois ; l'ouïe avait été atteinte dès le début de la tuméfaction. A la clinique on constata que le conduit auditif externe était presque oblitéré par la tuméfaction de sa paroi postéro-supérieure, mais ne contenait point de pus ; le pavillon de l'oreille était décollé par une collection liquide ; le pus qui s'écoulait par la fistule contenait de nombreux grains verts. Une trépanation de l'apophyse avec ouverture de toutes les collections ne donna pas de résultat et deux autres interventions furent pratiquées sans succès ; le malade succomba avec des symptômes de méningite. On trouva à l'autopsie une ulcération de l'artère vertébrale qui avait donné lieu à une hémorrhagie sous-arachnoïdienne ; cette artère ainsi que la dure-mère environnante étaient envahies par un foyer d'actinomycose.

D'autres foyers se trouvaient dans l'apophyse sphénobasilaire, l'atlas, les muscles de la nuque ; le rocher, la caisse du tympan, la mastoïde. La trompe d'Eustache, quoique saine elle-même, a probablement servi de porte d'entrée à l'infection.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Kyste hydatique de l'oreille et du cerveau, compliqué d'hémiatrophie de la face, par le Prof. M. W. MOURATOFF. (*Archives russes de pathologie*, 1900, 29 févr., p. 178).

Un garçon de 11 ans entre à l'hôpital avec des symptômes d'otite suppurée chronique datant de deux ans, et des phénomènes plus récents dénotant une atteinte au cerveau : céphalalgie, vomissements, atrophie de la face, etc ; il meurt avec des accidents méningitiques ; du côté de l'oreille il y a une surdité complète, perforation du tympan, écoulement de pus, carie du rocher. A l'autopsie on reconnut l'existence de nombreuses hydatides ayant envahi la fosse occipitale gauche, le rocher, la protubérance ; l'auteur ne donne pas d'autres détails concernant l'oreille. M. N. WILBOUCHEWITCH.

L'électrolyse dans les rétrécissements de la trompe d'Eustache, par A. KENEFIEK (*Archiv. of. otol.*, n° 2, vol. XXX, avril 1901).

L'auteur dit d'abord que les bougies à électrolyse dont on s'est servi jusqu'à ce jour sont trop courtes puisqu'elles ne permettent pas d'atteindre sûrement l'orifice tympanique de la trompe. Il se sert comme électrode négative d'un fil d'or dont l'extrémité est olivaire et qui peut sortir de la sonde isolante sur une longueur de 1 pouce 3/4. Il se sert d'un courant allant de 1 à 5 millimètres : en moins d'une minute, il franchit le rétrécissement. Les rétrécissements sont variables de dureté, d'étendue, etc., et il n'est pas rare qu'ils soient multiples. — Il dit avoir obtenu de très bons résultats.

Il cite également deux observations de Maokernon qui a fait l'électrolyse dans les trompes béantes mais en poussant la sonde jusque dans la caisse pour obtenir les effets de l'électrolyse négative. Dans les deux cas il y aurait eu amélioration de l'ouïe et disparition des bourdonnements.

Au total, il conclut qu'on ne peut prévoir ce que donnera le traitement, car il faut compter avec le caractère plus ou moins vasculaire du rétrécissement, la tolérance pour l'électrode, l'état antérieur de la caisse. Le rétrécissement existe dans la plupart des otites moyennes catarrhales chroniques et on a de brillants succès en rétablissant la perméabilité du conduit. Or, c'est le traitement électrolytiqne qui est de beauconp le meilleur pour arriver à ce résultat. M. LANNOIS

Sur l'étiologie des tumeurs malignes, par ZIEM (*Rev. de laryng.*, 19 mai 1900).

L'auteur trouve exagérés l'influence de l'hérédité et le rôle de traumatismes antérieurs.

Il donne bien plus d'importance aux suppurations chroniques (otorrhées ; suppurations des tissus qu'on ne peut souvent mettre en évidence que par ponction suivie du lavage explorateur) au voisinage du point d'implantation de la tumeur.

Cette infection doit jouer un rôle important, par exemple pour les tumeurs du conduit auditif ou des fosses nasales.

L'auteur tend à établir un rapprochement basé sur le processus anatomo-pathologique et certains faits cliniques entre les tumeurs malignes et les inflammations.

Enfin on ne peut nier les influences telluriques, hydriques... si on considère la fréquence de ces tumeurs dans certaines contrées.

H. RIPAULT.

Sarcome mastoïdien, par S. A. LUTZ (*Brooklyn med. journ.*, février, in *Laryngoscope*, août 1900).

Enfant de 9 ans et demi atteint d'une otorrhée gauche. Le médecin traitant avait enlevé quelques granulations, mais le conduit était obstrué par une tumeur considérable masquant la membrane. L. excisa des fragments de tissu et cautérisa la base de la tumeur. En trois jours le conduit fut de nouveau obstrué. Après cocaïnisation on curetta le conduit puis on le toucha avec l'acide chromique. En présence de nombreuses récidives, il fallut ouvrir la mastoïde, bourrée de pus et de granulations fétides. Le nerf facial fut lésé et il s'ensuivit une paralysie qui s'améliora ultérieurement. Drainage soigneux de la cavité osseuse.

La parotide fut attaquée, on l'ouvrit et on vit sortir une masse gélatineuse. Au bout d'un mois, la tumeur mastoïdienne atteignit un volume considérable. A l'examen microscopique, on reconnut un sarcome à cellules rondes, parsemé de cellules géantes.

Sur la fonction des canaux semi-circulaires, par STENGER (*Archiv. f. Ohrenh.* ; n[os] 1 et 2, Bd. 50, sept. 1900).

Stenger rapporte 8 cas où, pendant l'opération radicale, le canal semi-circulaire horizontal fut blessé, soit accidentellement, soit intentionnellement pour enlever des parties cariées avec la

Un cas d'agoraphobie considéré comme vertige auriculaire, par V. Kretschmann (*Archiv. f. Ohrenh.*, nos 1 et 2, Bd. 50, sept. 1900).

Ce cas est brièvement rapporté par Kretschmann dans le compte rendu de son service pour les années 1897-99. Il s'agissait dans ce cas d'un homme de 50 ans qui avait été soigné huit ans auparavant pour une otorrhée avec destruction du tympan, suppuration de la partie supérieure de la caisse, etc. Il était resté du vertige.

Le malade se présenta, soutenu par sa femme, disant qu'il ne pouvait faire un pas sans craindre de tomber. L'oreille était parfaitement sèche. Le malade était dans un état d'angoisse très marqué : si on le faisait marcher, il avait une tendance à tomber de côté, glissait sur le parquet, tendant les mains pour s'accrocher.

Guérison rapide et durable par suggestion verbale ; l'auteur insiste sur ce qu'il ne s'agissait là que de troubles psychiques.

M. Lannois.

L'organe de l'ouie et le purpura rhumatismal, par M. Sugar de Budapest (*Archiv. f. Ohrenh.*, nos 1 et 2, Bd. 50, 1900).

L'auteur dit d'abord qu'il n'a pas trouvé dans la littérature de cas de complication du purpura rhumatismal du côté de l'organe de l'ouïe. Le purpura, qu'il s'agisse de la forme rhumatismale ou de la forme hémorrhagique, doit être considéré comme étant toujours d'origine bactérienne.

Dans son cas, il s'est agi d'un homme de 28 ans, entré à l'hôpital pour une éruption purpurique des membres inférieurs et une éruption herpétique sur le pavillon gauche, le conduit et le tympan étant intacts. Deux jours après, vomissements incoercibles pendant treize heures, avec vertige intense, bourdonnements d'oreille et surdité à droite. Conduction osseuse abolie. Le jour suivant il y avait une éruption purpurique sur le pavillon droit, dans le conduit auditif et sur le tympan (deux taches). Disparition de tous les phénomènes après l'apparition de cette éruption. Le malade sortit trois jours après, mais dut rentrer au bout de deux jours avec les mêmes phénomènes qui disparurent d'ailleurs aussi vite.

L'auteur croit qu'il s'est agi dans ce cas d'hémorrhagies dans le labyrinthe, bien qu'on puisse lui objecter la trop rapide disparition des accidents.

Dans le purpura hémorrhagique, des complications du côté de l'oreille ont été signalées par Moos, Hang, etc., et plus récemment par S. Tomka. M. LANNOIS.

Contribution à l'étude des abcès cérébraux d'origine otique, par R. MULLER (*Archiv. f. Ohrenh.*, Bd. 50, 1 et 2, sept. 1900).

Travail de la clinique de Trautmann. L'auteur rapporte quatre observations : 1° abcès du lobe temporal non reconnu pendant la vie ; 2° abcès du lobe temporal opéré, mort dix-neuf jours après l'intervention ; 3° double abcès du cervelet dans le lobe droit ; ouverture de l'un des abcès, mort vingt jours après l'opération ; 4° double abcès du cervelet à gauche ; deux interventions ; guérison.

Ce dernier cas est fort intéressant puisqu'il est terminé par une guérison *idéale*, après une intervention répétée qui a porté sur deux abcès isolés.

L'auteur, pour expliquer la guérison dans ce cas, alors que la mort est survenue dans les trois autres, adopte une division pour le moins singulière et qu'il paraît difficile d'accepter au point de vue neurologique. Pour lui, il y aurait des *abcès parenchymateux du cerveau et du cervelet* et des *abcès interstitiels*, ces derniers n'étant que des abcès *dans* le cerveau ou le cervelet. Les premiers auraient un pus clair, verdâtre, de mauvaise odeur, *ichoreux*, renfermeraient de nombreux microbes, des débris formés de substance cérébrale, n'auraient pas de membrane et se termineraient par la mort. Les autres seraient caractérisés par du *pus* franc, une seule espèce de microbes (cocci), se limiteraient au tissu interstitiel (?) et enfin seraient d'un pronostic beaucoup moins grave...

M. LANNOIS.

Contribution à l'anatomie du ganglion vestibulaire des mammifères, par G. ALEXANDER (*Archiv. f. Ohrenh.*, Bd. 51. n°s 2-3).

Ce très important travail histologique, qui a été lu à l'Académie des Sciences de Vienne en novembre 1899, est accompagné de sept planches et d'une figure dans le texte.

Le ganglion acoustique se sépare en deux parties principales, le *ganglion spiral* qui se termine par le nerf du limaçon (rameau inférieur du nerf acoustique), et un amas ganglionnaire destiné au rameau médian et au rameau supérieur et qu'on peut désigner sous le nom de *ganglion vestibulaire*. Si le premier est bien connu, il n'en est pas de même du second.

Un cas d'agoraphobie considéré comme vertige auriculaire, par V. Kretschmann (*Archiv. f. Ohrenh.*, nos 1 et 2, Bd. 50, sept. 1900).

Ce cas est brièvement rapporté par Kretschmann dans le compte rendu de son service pour les années 1897-99. Il s'agissait dans ce cas d'un homme de 50 ans qui avait été soigné huit ans auparavant pour une otorrhée avec destruction du tympan, suppuration de la paroi supérieure de la caisse, etc. Il était resté du vertige. Le malade se présenta, soutenu par sa femme, disant qu'il ne [illegible] pas sans craindre de tomber. L'oreille était par[illegible]. Le malade était dans un état d'angoisse très [illegible] il avait une tendance à tomber [illegible] tendant les mains pour s'accro[illegible].

[illegible] par suggestion verbale ; l'auteur in[illegible] là que de troubles psychiques.

M. LANNOIS.

[illegible] et le purpura rhumatismal, par M. Sugar de [illegible] nos 1 et 2, Bd. 50, 1900).

[illegible] pas trouvé dans la littérature de [illegible] rhumatismal du côté de l'organe [illegible] de la forme rhumatismale ou [illegible] être considéré comme étant tou[illegible].

[illegible] de 25 ans, entré à l'hôpi[illegible] inférieurs et une [illegible] le conduit et le tym[illegible] vomissements incoercibles [illegible] bourdonnements [illegible] absolue. Le jour [illegible] sur le pavillon droit, [illegible] taches). Disparition [illegible] de cette éruption. Le [illegible] au bout de deux [illegible] d'ailleurs aussi [illegible]

[illegible] d'hémorrhagies dans [illegible] la trop rapide dispa[illegible]

Dans le purpura hémorrhagique, des … l'oreille ont été signalées par Moos, Haug … et … par S. Tomka.

Contribution à l'étude des abcès cérébraux … R. Muller (*Archiv. f. Ohrenh.*, Bd …

Travail de la clinique de Trautmann. L'auteur … observations : 1° abcès du lobe temporal … vie ; 2° abcès du lobe temporal opéré, mort … l'intervention ; 3° double abcès du cerveau … verture de l'un des abcès, mort vingt jours … 4° double abcès du cervelet à gauche … son.

Ce dernier cas est fort intéressant puisqu… guérison *idéale*, après une intervention … deux abcès isolés.

L'auteur, pour expliquer la guérison dans … est survenue dans les trois autres, … moins singulière et qu'il paraît difficile … neurologique. Pour lui, il y aurait des … *cerveau et du cervelet* et des *abcès* inter… que des abcès *dans* le cerveau ou le … un pus clair, verdâtre, de mauvaise … raient de nombreux microbes, des … cérébrale, n'auraient pas de membrane … mort. Les autres seraient caractérisés … espèce de microbes (cocci), se … enfin seraient d'un pronostic beau…

Contribution à l'anatomie du ganglion … fères, par G. Alexander …

Ce très important travail … des Sciences de Vienne en … planches et d'une figure dans …

Le ganglion acoustique … *ganglion spiral* qui se … inférieur du nerf acous… au rameau médian et … sous le nom de gang… connu, il n'en est pa…

La parole précipitée est un défaut fréquent, consécutif en général au bredouillement chez des individus dont tous les mouvements sont hâtifs, précipités. Il faut distinguer deux groupes de paraphrasiques ; les uns prononcent bien et leur langage est de tout point correct, mais ils entassent tellement les mots les uns sur les autres qu'ils n'ont pas le temps matériel de les prononcer et ils en « avalent » une partie ; les autres pèchent surtout par inattention au langage, ils ont, malgré un degré d'instruction élevé, une grammaire et une syntaxe des plus fantaisistes, ils parlent et prononcent leur langue maternelle comme des étrangers, mais la précipitation de la parole masque ces fautes qui apparaissent nettement quand la parole est ralentie ; ces derniers paraphrasiques sont d'un traitement beaucoup plus difficile que les premiers.

La surdité verbale est de tous les troubles de la parole la moins explicable ; les enfants entendent suffisamment et leur intelligence est suffisante, mais ils ne parlent pas. Les uns répètent des mots quand on insiste et comprennent non-seulement les mots, mais aussi les phrases, les autres ne comprennent que des mots isolés, les plus atteints enfin ne comprennent rien du tout, tout en ayant un sens de l'ouïe moyennement ou parfaitement bien développé ; ils ne parlent tous que par gestes comme des muets. La cause de cet état est évidemment psychique, sous la dépendance d'un trouble fonctionnel des centres corticaux de la mémoire auditive.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Présence du bacille de la xérose dans le phlegmon diffus, l'infection secondaire des plaies et l'otite interne, par WARNECKE, (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 1412).

L'auteur a observé trois cas d'otites suppurées suivies de complications et dans lesquels on a pu déceler le xérobacille.

Obs. I. — Jeune fille de 14 ans, atteinte depuis la première enfance d'otorrhée chronique avec cholestéatome ; une mastoïdite étant survenue, on fait la trépanation et l'on constate qu'il existe un trajet fistuleux allant dans la direction de l'angle de la mâchoire inférieure. Durant quarante jours, on voit évoluer un phlegmon diffus du cou et de la nuque avec de nombreuses co lections purulentes et des trajets fistuleux et la malade succomb enfin. Des cultures faites pendant la maladie ayant montré la présence de bâtonnets, on eut recours au sérum de Behring, san succès aucun. A l'autopsie, le même bâtonnet fut trouvé dans l'ex

sudat méningé, dans le thrombus du sinus sigmoïdien, dans les abcès métastatiques. L'auteur décrit en détail tous les caractères du bacille et de ses diverses cultures.

Obs. II. — Jeune fille de 25 ans, atteinte d'otite subaiguë, compliquée plus tard de mastoïdite. La trépanation, puis une deuxième opération sont faites sans arrêter la fièvre ; au bout de quelques jours, on acquiert la certitude que la température monte à 39°-40° toutes les fois que le pansement est iodoformé, pour descendre à la normale lorsque le pansement est humide, à l'acétate d'aluminium ; la guérison survient au bout de six semaines. Les cultures faites à maintes reprises au cours du traitement ont toujours donné du bacille de la xérose ; comme dans l'observation I, il n'était pas pathogène pour les animaux.

Obs. III. — Femme de 20 ans, atteinte d'otorrhée depuis dix ans, opérée par suite de l'apparition d'une mastoïdite et morte de méningite au bout de dix jours. Le bacille de la xérose fut également trouvé seul dans ce cas.

Il faut remarquer dans les trois observations l'aspect grisâtre, très mauvais, des plaies cutanées, la tendance au décollement, l'influence heureuse du pansement humide. L'auteur termine en faisant observer qu'il n'a pas trouvé dans la littérature d'observations à rapprocher de celles-ci. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Abcès chronique du lobe pariétal gauche, deux trépanations, par W. M. Tschekan (*Chirurgija*, Moscou, janvier 1900, in *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 51, Hft. 1, 1900).

Paysan de 35 ans, amené à l'hôpital le 26 août 1898, dans un état comateux. Paralysie du rameau inférieur du nerf facial droit, du rameau supérieur gauche et de l'extrémité inférieure. Otorrhée gauche. Tuméfaction mastoïdienne du côté gauche s'étendant vers le cou. Température normale. Pouls 72. Constipation, énurésie.

Depuis 20 mois, à la suite d'un traumatisme, le malade souffre de céphalalgie et son oreille gauche est dure depuis longtemps. L'otorrhée est de date récente ; cinq jours avant l'entrée à l'hôpital, il s'est formé un abcès dans la région pariétale. Incision qui livre passage à du pus fétide. Amélioration transitoire, suivie d'aggravation Le 12 septembre on pratique la trépanation et la suppuration est enrayée.

Le 28 septembre survient l'aphasie, le malade délire, on réitère la trépanation sans résultat. Le mieux se manifeste seulement

après un écoulement purulent abondant au point de la première répanation ; la suppuration de l'oreille gauche cesse en même temps.

Environ quatre semaines après la disparition de l'écoulement, le 11 janvier 1899, le pus reparaît à droite, tandis que la cicatrisation se poursuit du côté gauche.

Le malade quitte l'hôpital le 13 février 1899 ; il meurt cinq mois après dans son village. SAINT-CLAIR THOMSON.

Un cas d'abcè extra-dural et sous-périosté étendu (pachyméningite externe suppurée). Trépanation. Guérison, par S. VON STEIN et A. LOSSEFF (*Chirurgija*, Moscou, mars 1900, in *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 51, Hft. 1, 1900).

Femme de 32 ans, enceinte de sept mois, souffrant depuis un an de douleurs dans l'oreille droite sans écoulement. Sténose du conduit auditif. Le tympan est opaque. Température et pouls normaux. Epreuve de l'ouïe, latéralisation à droite. Rinne négatif. Le chuchotement n'est pas perçu. Par la paracentèse on voit sourdre du pus séreux en quantité minime. Trépanation classique qui livre passage à un demi-verre à bière de pus épais. L'apophyse mastoïde est envahie par des granulations et du pus. La dure-mère est recouverte de granulations. Par deux opérations successives, on agrandit l'ouverture osseuse qui atteint 7^{cm} 5 de long, sur 1,5-3 centimètres de large. Guérison en deux mois. Ouïe très améliorée. SAINT-CLAIR THOMSON.

Abcès du cerveau d'origine otitique, par D. STENGER, de la clinique du Prof. Trautmann (*Berlin. klin. Woch.*, 1901, p. 292).

Fillette de 13 ans, atteinte d'otite suppurée gauche depuis 3 ans, et depuis huit jours seulement d'un peu de fièvre et de céphalalgie en même temps que se manifestent les signes de la mastoïdite ; l'examen du fond de l'œil ne donne rien de spécial.

Au cours de l'opération radicale on évacue du pus et de grosses masses de cholestéatome, les osselets ont disparu, la paroi postérieure du conduit est en grande partie détruite. Dans les jours qui suivent l'opération, il survient des symptômes de compression cérébrale : somnolence, pouls à 54, aphasie amnésique et optique.

On trépane le temporal gauche et on arrive par la ponction dans un abcès à 2 centimètres de profondeur ; il est incisé et on

évacue 250 centimètres cubes de pus liquide, sans compter des masses concrétées et de la substance cérébrale nécrosée; la cavité est bourrée de bandes de gaze iodoformée. La convalescence fut lente, la suppuration cérébrale ne se tarit qu'au bout de cinq semaines et il persista une volumineuse bernie cérébrale, si bien que, trois mois après l'opération, on pratiqua une ponction lombaire ; l'effet fut immédiat, le prolapsus se réduisit rapidement et l'épidermisation put se faire. L'aphasie ne disparut qu'au bout d'un mois, l'œdème papillaire après la ponction lombaire; à ce moment seulement, le pouls redevint tout à fait régulier. Un an plus tard, l'enfant est revue en bonne santé.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Abcès extraduraux cérébelleux d'origine otique, par N. Repesso (*Rev. de la Soc. Med. Argentine*, novembre 1900, in *Arch. de méd. des enfants*, avril 1901).

1° Fille de 5 ans, atteinte de mastoïdite et otorrhée gauche. Trépanation de la mastoïde, on tombe dans la fosse cérébelleuse et on évacue un abcès extra-dural. Huit jours après, en présence de phénomènes cérébraux plus prononcés, trépanation de la fosse temporale avec issue de beaucoup de pus. Mort deux jours après, méningo-encéphalite diffuse de l'hémisphère cérébral gauche, perforation du lobe temporal et présence de pus dans le ventricule latéral. L'antre mastoïdien et la caisse du tympan sont pleins de pus. La paroi postérieure de l'antre, très altérée, était en relation avec un abcès cérébelleux extradural.

2° Fille de 8 ans, atteinte de mastoïdite et otorrhée gauche. Trépanation ; à l'ouverture de l'antre, il s'écoule plus de pus que peuvent en contenir cette cavité et la caisse. La paroi postérieure de l'antre est détruite, et le pus baigne directement la dure-mère. Guérison.

Dans le premier cas, il y a eu un abcès antral et un abcès extradural séparés par la paroi de l'antre. L'abcès extradural ne fut découvert que par une faute opératoire.

Dans le second cas, les abcès communiquaient largement et l'abcès extradural ne fut découvert que par l'opération. En effet, il est impossible de faire le diagnostic de ces abcès extra-dure-mériens.

Abcès cérébelleux guéri par une opération, par Th. Barr et J. H. Nicoll (*Brit. med. journ.*, 9 février, in *N. Y. med. record*, 2 mars 1901).

A la suite d'une observation, les auteurs tirent les conclusions

suivantes : 1° l'opération précoce pour découvrir et ensuite drainer la cavité offre la seule chance de succès dans les cas de lésions pyogéniques intracrâniennes ; 2° les résultats de l'intervention ont été bien plus favorables dans les abcès temporo-sphénoïdaux que dans les abcès cérébelleux.

3° La plupart du temps, les décès, dans les cas d'abcès cérébelleux, sont dus à la distension des ventricules latéraux avec œdème du tissu cérébral voisin. SAINT-CLAIR THOMSON.

Un cas d'abcès cérébral otitique opéré avec succès, par PIFFL, de Prag. (*Prager med. Woch.*, 1901).

Enfant de 6 ans, atteinte d'otite purulente chronique du côté gauche ; à un moment donné, à la suite d'une chute, il se développe une mastoïdite qui est opérée, puis on pratique l'opération de Zaufal qui fait constater des lésions étendues du rocher.

L'enfant, qui était en piteux état, ne se remit pas franchement après l'opération et, au bout d'une dizaine de jours, on voit se développer tous les symptômes d'un abcès cérébral gauche : hémiplégie faciale, puis totale, névrite optique, perte de connaissance, température 35,4, pouls 56.

En effet, en agrandissant l'ouverture de la première opération vers l'écaille temporale, l'auteur trouva la dure-mère tendue et granuleuse et son incision fit évacuer un volumineux abcès du lobe temporal à pus épais, granuleux, fétide. L'enfant resta plusieurs heures dans un collapsus profond, mais revint à elle le jour même, reprit connaissance et l'hémiplégie rétrocéda très rapidement.

L'abcès cependant ne fut guéri qu'après plus de deux mois et la suppuration de l'oreille nécessita d'autres interventions encore, quoique la santé générale fût tout à fait revenue.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Un cas de pyémie otitique, par L. LEWY, de Francfort (*Monat. f. Ohrenh.*, p. 325, 1900).

Observation d'un enfant de 5 ans chez lequel on vit se développer une otite moyenne aiguë greffée sur une otorrhée chronique ; puis on vit l'otite moyenne guérir, la perforation se cicatriser tandis que la mastoïde continua à s'infecter et fut ensuite trépanée ; malgré l'intervention, des accidents de pyémie subaiguë continuèrent si bien qu'on fit successivement la trépanation crânienne, l'ouverture du sinus, l'incision des méninges, sans trou-

ver de foyer d'infection et les accidents rétrocédèrent finalement après la formation d'une otite suppurée de l'autre côté.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Deux cas de pyémie des sinus avec résultats rares, par J. KERR, (*Lancet*, 13 octobre 1900).

L'attention est de plus en plus portée sur les affections auriculaires. La mortalité due aux otites a augmenté de 5 à 25 pour 1.000.000 en vingt ans et 70 à 75 0/0 des décès frappent des individus âgés de moins de 15 ans, de sorte que la suppuration d'oreille, si fréquemment négligée à la suite des éruptions, est une cause de mort commune pendant quelques années. Elle oscille de l'otite moyenne à l'abcès ou à la pyémie. Il y a dix ans, les complications purulentes étaient considérées comme fatales, actuellement on les regarde encore comme graves, surtout la pyémie des sinus. L'auteur en a rencontré dernièrement deux cas typiques, mais à terminaison bizarre. Chez les deux malades, on intervint et on employa le sérum antistreptococcique.

Un des malades mourut, malgré l'ouverture du sinus sigmoïde, la section de la jugulaire et l'emploi du sérum antistreptococcique.

A l'autopsie, on trouva une thrombose étendue, l'os décoloré, une érosion et de la lymphe purulente du côté du foramen jugulaire, plusieurs perforations sur la paroi veineuse et une communication du toit tympanique à travers le dôme jugulaire, par où l'infection avait dû se frayer une route. Le second malade traité de la même façon se rétablit.

Le mécanisme de ces cas est d'ordinaire le suivant : otite suppurée chronique avec propagation à la mastoïde ; brusquement, par suite de l'épaississement de la muqueuse ou de l'os, le passage antral s'oblitère et l'écoulement cesse. La douleur, qui est le premier symptôme dangereux, se manifeste avec une violente inflammation provenant de la rétention du pus, qui souvent chez les enfants traverse la fissure squamo-mastoïdienne ou les fosses cérébrales, sigmoïde ou cérébelleuse. D'habitude, la pyémie du sinus sigmoïdal est provoquée par une perforation allant de l'antre au genou de la fosse, mais chez le premier malade, la perforation semble avoir changé de route en perçant le dôme jugulaire. Quand le foyer local se diffuse et que la poitrine se prend, le rétablissement est rare, toutefois on l'a obtenu chez le second malade, grâce à l'emploi du sérum antistreptococcique. Lorsque le

pouls est accéléré et la température pyémique, il faut explorer prématurément le sinus et si on reconnait une lésion, intervenir immédiatement pour faire disparaître tous les produits septiques.

SAINT-CLAIR THOMSON.

II. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Hémorrhagie dans un larynx sain en apparence, par B. Wood (*Am. journ. of. med. sc.*, mai 1901).

L'auteur commence par citer quelques observations analogues à la sienne (Terras, Geraert, Lubet-Barbon, Von Geyer, Straight) dont l'une appartenait aux ménorrhagies supplémentaires, une autre à une laryngite, une autre enfin à une cirrhose du foie, etc.

Le malade de Wood, en mâchonnant un cure-dents, en avala un fragment et se mit à cracher du sang. A plusieurs reprises à dater de ce moment il eut des expectorations sanglantes : il va de soi que le corps étranger avait disparu. Le larynx était normal et le sang parut provenir d'un point situé juste sous la commissure antérieure à la dernière attaque, soit de la partie antérieure de la corde vocale gauche lors de la première visite. Il insiste sur l'absence de tout signe de tuberculose et sur le bon résultat qu'il obtint de l'application d'extrait de capsules surrénales, M. LANNOIS.

Corps étranger des bronches traité par des injections intra-trachéales, par H. Taylor (*Saint-Paul med. journ.*, 1900, et *The therapeutic Gazette*, avril 1901).

Fillette de 10 ans. Quelques mois auparavant, un dentiste en lui arrachant une dent laissa glisser son davier. Aussitôt attaque de toux spasmodique qui s'arrêta bientôt, mais on ne put retrouver la dent. Depuis, fréquentes attaques de toux spasmodique accompagnées au début d'expectoration sanglante, puis purulente et fétide. L'enfant avait de la fièvre, des sueurs nocturnes, s'émaciait, etc.

A l'examen du thorax, légère zone de diminution du murmure vésiculaire à l'angle de l'omoplate gauche : les rayons de Rœntgen font voir un point un peu sombre à la base gauche.

Le traitement consista uniquement dans des injections intra-trachéales d'huile mentholée et gaïacolée. Au bout de quelques jours l'enfant expulsa la dent dans un violent accès de toux. Guérison rapide.

L'auteur pense que l'huile a pu lubréfier la bronche dont le gonflemment inflammatoire se trouvait diminué par le menthol et le gaïacol. M. LANNOIS.

Gastrostomie comme moyen de soulager les douleurs de déglutition dans la laryngite tuberculeuse, par E. MARTIN (*The therapeutie Gazette*, avril 1901).

Le titre indique bien de quoi il s'agit dans cet article. L'auteur a opéré un jeune homme de 19 ans qui ne pouvait plus rien avaler sans douleurs excessives. Il décrit longuement le procédé opératoire qu'il a choisi, mais ne dit pas ce qu'il est advenu du malade. M. LANNOIS.

Valeur de la bronchoscopie supérieure dans le diagnostic du carcinome pulmonaire, par KILLIAN (*Berlin. klin. Woch.*, 1900, p. 437).

Chez un homme atteint d'expectoration sanglante depuis dix-huit mois, l'auscultation, la percussion et l'examen laryngoscopique n'arrivaient pas à diagnostiquer ni à localiser d'une manière précise le siège du mal; il était certain seulement que le poumon droit était atteint. La photographie Roentgen fit voir une légère ombre circulaire à la hauteur de la quatrième côte droite, mais l'image était très indécise. Par la bronchoscopie, l'auteur put voir une traînée de sang conduisant dans la bronche droite et de là dans une division bronchique qu'il prit pour la bronche du lobe médian.

Il se trouva à l'autopsie que c'était le rameau antérieur du lobe supérieur; l'erreur d'interprétation s'explique par ce fait que le rameau en question est parfois (et c'était le cas) descendant au lieu d'être horizontal, si bien qu'en le voyant on croit être déjà passé devant la bronche supérieure. Il faut aussi avoir grand soin de ne pas incliner l'instrument, de ne pas tirailler les parties, ce qui déplace suffisamment les bronches pour qu'on confonde les faces antérieure et interne. M. N. WILBOUCHEWITCH.

L'innervation motrice du larynx, étudiée d'après un nouveau cas de paralysie traumatique glosso-palato-laryngo-nasale et d'après les derniers travaux sur l'anatomie du cerveau, par Avellis, de Francfort-s.-M. (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. X, fasc. I, p. 1, 1900).

Voici d'abord l'observation : un homme reçoit un coup de canif dans le pavillon de l'oreille, juste au-dessous du conduit auditif ; il peut encore marcher pendant quelque temps, mais une violente hémorrhagie artérielle amène bientôt une syncope prolongée. Quelques jours après l'accident, on constate les paralysies suivantes : 1° paralysie de la moitié gauche de la face avec déviation de la bouche ; 2° paralysie de la moitié gauche du voile du palais et du pharynx ; les liquides déglutis reviennent par le nez et la déglutition des solides est entravée par la paralysie des muscles supérieurs du pharynx ; 3° paralysie de la moitié gauche de la langue avec déviation de la pointe à gauche ; 4° paralysie de la moitié gauche du larynx avec raucité de la voix et gaspillage d'air caractéristique ; 5° paralysie des muscles gauches de la nuque, avec impossibilité d'élever le bras au-dessus de l'horizontale, commencement d'atrophie scapulaire et asymétrie de position des omoplates ; six mois plus tard, tous ces symptômes persistent quoique atténués, il y a toujours paralysie gauche des muscles de la langue, des sublinguaux, des extrinsèques et intrinsèques du larynx, des palatins, des muscles de la nuque, c'est-à-dire des muscles innervés par le nerf grand hypoglosse et par le nerf spinal. Le pneumogastrique est évidemment intact puisqu'il n'y a aucun trouble de la sensibilité dans les régions paralysées et le tronc même du spinal a été sectionné, avant sa division, c'est-à-dire à moins de 8 millimètres de la base du crâne. Au point de vue du genre et du siège de la lésion, ce cas est donc tout à fait analogue à celui de Traumann (*Zeitschr. f. Chir.* Bd. 37 ; 1893). Ces deux observations permettent de dire que : a) la paralysie glosso-palato-laryngo-nasale, type bien défini, peut être produite par une piqûre à travers l'oreille en un point bien circonscrit, au voisinage du trou déchiré ; *b*) deux cas montrent que ce syndrome paralytique existe sans la participation des fibres sensitives du pneumogastrique destinées au larynx ; *c*) dans ces deux blessures, les filets sensitifs du nerf laryngé supérieur ne sont pas endommagés, tandis que ses filets moteurs, destinés au muscle crico-thyroïdien, sont interrompus, ce qui prouve que ces

deux espèces de filets nerveux ne peuvent cheminer dans le même tronc ; *d*) la théorie de Grabower, d'après laquelle il s'agissait d'une dégénérescence de la branche externe du spinal, due à un échange de fibres avec des troncs voisins, n'est pas admissible dans les cas en question, parce que la paralysie a été immédiate ; *e*) les deux paralysies traumatiques complètent les cas de Turck, Mackenzie, etc., dans lesquels il y avait eu des tumeurs au niveau du trou déchiré.

L'auteur examine ensuite toutes les données acquises récemment sur les noyaux d'origine du pneumogastrique et du spinal et en tire ces conclusions : 1° Il est *a priori* invraisemblable que le noyau postérieur du pneumogastrique puisse être moteur, alors que le noyau antérieur continue la colonne ganglionnaire motrice de la moelle et du bulbe ; 2° le faisceau isolé ne peut pas être l'origine des fibres sensitives du pneumogastrique à cause de son petit volume ; 3° la section des racines supérieures du spinal sur le lapin est un tour de force tel que l'expérience ne saurait être concluante avant d'avoir été vérifiée sur des animaux plus grands ; 4° les conclusions de Claude Bernard et de Schuls n'ont pas été réfutées par les travaux récents. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Contribution à la paralysie du nerf laryngé supérieur, par DORENDORF, de la clinique du Prof. Gerhardt (*Berlin. klin. Woch.*, 1901, p. 282).

OBS. I. — Femme de 20 ans, soignée à la clinique pour un ulcère d'estomac. A l'âge de 5 ans, elle a eu de la diphtérie et elle a gardé depuis une voix rauque, basse, incapable d'émettre des sons élevés. En posant les doigts au bord supérieur du cartilage cricoïde, on sentait nettement pendant la phonation un rapprochement de ce cartilage et du cartilage thyroïde, tandis que ce mouvement faisait défaut à gauche.

Au laryngoscope, on constatait que la corde vocale gauche, au repos, était plus écartée de la ligne médiane que la droite, tandis que pendant la phonation, les deux cordes se rencontraient sur la ligne médiane, la gauche présentant un bord interne légèrement concave ; la partie postérieure de la corde gauche se trouvait à un niveau un peu plus élevé que la corde droite, le cartilage aryténoïde gauche, qui se trouvait un peu reculé au repos, venait croiser le droit pendant la phonation. On ne constatait ni de ballottement de la corde vocale gauche, ni d'aspiration, ni de refoulement dans les deux temps respiratoires. Il y avait de plus anes-

thésie de la corde vocale gauche et de toute la moitié sus-glottique gauche du larynx, y compris l'épiglotte, la moitié gauche du voile du palais et le sinus pyriforme.

Obs. II. — Femme de 51 ans, hystérique, enrouée depuis six semaines. La voix s'éclaircit un peu lorsque la malade parle haut, mais elle ne peut émettre de sons élevés; la palpation montre que le muscle crico-thyroïdien droit est paralysé et lorsqu'on soulève le cartilage cricoïde de façon à le rapprocher du thyroïde, la voix reprend sa clarté. Au laryngoscope : corde droite flasque, à bord sinueux, repoussée dans sa partie moyenne pendant la phonation, tout en se plaçant sur la ligne médiane à ce moment; comme dans le cas précédent, le cartilage aryténoïde est un peu reculé et tourné en dehors; diminution de la sensibilité dans toute la moitié droite du larynx ; l'excitation électrique directe du muscle crico-thyroïdien droit est très affaiblie. Dans ce cas, on diagnostiqua par exclusion une névrite rhumatismale du nerf laryngé supérieur.

Les deux malades ont été très améliorées par le traitement électrique. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Note sur l'administration d'un anesthésique à un malade atteint de paralysie bilatérale des abducteurs, par O. F. F. Grünbaum (*Lancet*, 2 mars 1901).

Malade de 24 ans, reçu pour être opéré d'une hématocèle. Il raconte que son cœur est faible et qu'il manque souvent de respiration. Comme on ne trouve pas de lésion, on entreprend l'anesthésie. Le malade supporte bien le gaz, on le soumet à l'influence de l'éther, et la cyanose provoquée par le gaz avait à peu près disparu lorsqu'il cessa de respirer. Des tractions de la langue et la respiration artificielle furent instituées sans délai. Les pupilles continuant à se dilater, tandis que le passage de l'air dans les poumons était accompagné d'un bruit considérable, on songea à pratiquer la trachéotomie mais on y renonça, l'air pénétrant d'une manière satisfaisante. Injections de cinq milligrammes de liqueur de strychnine. Au bout de deux minutes, les pupilles commencèrent à se contracter, et en six minutes, la respiration se rétablit avec un sifflement. Peu après, le malade reprit connaissance et put s'asseoir devant le feu. Bien que la respiration fût pénible, il recouvra la sensibilité et refusa de prendre des médicaments. En quarantes minutes, tous les accidents étaient enrayés.

Le lendemain, le malade était parfaitement bien. La dyspnée

survenue pendant l'anesthésie ressemblait à la sténose laryngienne. Quant à la gêne respiratoire, elle subsistait de longue date.

J. B. Ball examina le malade et trouva les cordes vocales rapprochées de la ligne médiane pendant l'inspiration et rétrécissant l'ouverture glottique. On avait affaire à une paralysie bilatérale complète des adducteurs.

Ce cas appartient à la catégorie de faits rares qui passent souvent inaperçus pendant la vie et à l'amphithéâtre.

SAINT-CLAIR THOMSON.

De l'aphonie hystérique, par Max Opp. (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 729).

Dans l'espace des sept dernières années, il s'est présenté à la clinique du Prof. Gerhard, 28 cas d'aphonie hystérique dont 4 chez des hommes ; l'aphonie hystérique atteint dans tous les cas exclusivement les constricteurs de la glotte, tout en épargnant en partie la fonction vocale ; il existe constamment des troubles sensitifs dans le pharynx et le vestibule du larynx ; l'excitabilité électrique et réflexe des muscles laryngés reste intacte. L'image laryngoscopique a été trouvée normale dans les mouvements respiratoires, sauf dans un cas où de violentes contractions secouaient les cordes vocales pendant l'inspiration. Par contre, l'image de la glotte dans la phonation témoignait de la parésie des adducteurs ; dans 21 cas, on voyait les cordes se diriger péniblement vers la ligne médiane sans l'atteindre ; dans 3 cas, elles arrivaient bien au contact, mais cela ne durait qu'un instant, malgré la continuation de l'effort phonateur ; dans 2 cas, les cordes conservaient la position respiratoire pendant les essais de phonation ; cinq fois la paralysie était plutôt unilatérale ; enfin, dans quelques observations, on note le changement de forme de la glotte dans les examens successifs.

L'auteur a vérifié à plusieurs reprises le fait que certains aphones hystériques articulent parfaitement les paroles en chantant, tandis qu'ils ne peuvent réciter le texte seul.

La fermeture réflexe de la glotte se fait normalement pendant l'éternuement, la toux, etc. ; la toux produit le bruit habituel et cette toux bruyante chez un individu aphone est bien propre à l'hystérie.

Deux des patients présentaient une anesthésie pharyngo-laryn-

gée absolue, tous les autres étaient hypoesthésiques. Dans les cas de diagnostic difficile, l'épreuve électrique rend de grands services car l'excitabilité électrique des muscles est conservée. C'est aussi la méthode du traitement par excellence de l'aphonie hystérique, qu'on se serve de courants faradiques ou de courants galvaniques extra ou intra-laryngés ; il faut avoir soin de prolonger le traitement durant huit ou quinze jours, afin de parer à la tendance aux récidives. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Le traitement de la pachydermie laryngée par l'acide salicylique, par LUBLINSKI (*Munch. med. Woch.*, 1900, p. 1629).

L'auteur a appliqué le traitement salicylique à la pachydermie laryngée en se basant sur les analogies que cette affection présente avec la leucoplasie buccale ; cette dernière est très heureusement influencée et même guérie par les applications d'acide salicylique, ainsi que l'a indiqué Bricke ; mais dans la bouche les applications sont faites trois et quatre fois par jour, et les plaques sont soigneusement essuyées au préalable, ce qui n'est pas faisable dans le larynx ; peut-être est-ce ainsi que s'explique l'effet médiocre que cette médication produit dans la pachydermie ; les résultats sont néanmoins meilleurs que ceux que donnent les autres moyens, quoique le cas de guérison obtenu par Fein soit encore unique. M. N. WILBOUCHEWITCH.

L'origine des dépressions cupuliformes sur les cordes vocales pachydermiques, par RÉTHI, de Vienne (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. X, fasc. I, p. 168, 1900).

L'auteur défend, ainsi que Frankel, l'origine secondaire des dépressions sur les bourrelets pachidermiques ; sur un malade, dont il a publié l'observation en 1889 dans la *Wien. klin. Woch.*, il a suivi de près la formation des dépressions ; les aryténoïdes tuméfiés ne se touchaient que par leurs points préominents, faisant bâiller la glotte ; puis petit à petit une corde s'est placée au-dessous de l'autre et elles ont fini par arriver au contact de telle sorte que la saillie d'un côté se logeait dans la dépression qui s'était graduellement développée sur l'autre et réciproquement ; à la longue, les bourrelets s'usent et s'aplatissent par pression réciproque et c'est là le mode de guérison au point de vue fonctionnel. La régression ne se faisant pas nniformément, il arrive que plus tard les bourrelets et les dépressions ne se correspondent

plus exactement, et ce fait, maintes fois observé, est le principal argument des partisans de la dépression primitive ; elle serait due, ainsi que l'a supposé Virchow, à l'adhérence intime qu'offrent entre elles la muqueuse et le cartilage en certains points ; l'auteur examine les quelques observations qui tendent à cette dernière manière de voir et conclut à leur insuffisance.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Troubles respiratoires par auto-intoxication chez l'enfant, par BELLOTTI (*Gaz. degli Ospedali*, 7 octobre 1900).

B. décrit chez l'enfant des accès dyspnéiques comparables à l'asthme ou surtout à l'hay fewer, survenant sous forme épidémique. Ces troubles sont uniquement d'origine intestinale. Ils se terminent fréquemment par un peu de diarrhée, cèdent très vite à un purgatif et à l'antisepsie intestinale. Ils sont dus à une exaltation passagère de la virulence du bactérium coli.

A. F. PLICQUE.

Le lupus laryngé vulgaire, par HOLGER MYGIND, de Copenhague (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. X, fasc. I, p. 131, 1900).

L'auteur a examiné au point de vue rhino-laryngé tous les malades atteints de lupus, qui se sont présentés à l'institut radiothérapique de Finsen, à Copenhague, de juillet 1898 à février 1899 ; sur deux cents personnes atteintes de lupus cutané, vingt présentaient du lupus laryngé indiscutable, soit en évolution, soit cicatrisé, deux avaient des lésions douteuses ; ce chiffre, plus élevé que celui des autres statistiques, ne s'en écarte pas trop néanmoins et l'on peut dire que le larynx est atteint chez un lupique sur huit ou dix ; sur les 20 cas de lupus du larynx, 15 concernent des femmes, et d'une façon générale on peut dire que le larynx est atteint surtout chez des sujets jeunes, au-dessous de 25 ans. Dans l'immense majorité des cas, le larynx a été trouvé malade chez des individus chez lesquels il existait des lésions étendues de la face, du nez, du naso-pharynx ; dans un seul cas, ces régions paraissent avoir toujours été indemnes. Néanmoins, l'auteur n'a pas vu de cas où l'on aurait pu saisir sur le fait une propagation par continuité.

L'adénite cervicale « scrofuleuse » a été relevée dans les antécédents de quinze sujets sur vingt : faut-il en conclure que le larynx aurait pu être infecté par les ganglions ? Il est très remarquable que les troubles fonctionnels sont très peu prononcés, mais dans les cas de destructions étendues, la plupart des malades n'ont

éprouvé ni dysphagie, ni douleur, et chez beaucoup la voix est peu atteinte ; dans 1 seul cas, il y a eu de la gêne respiratoire qui a nécessité une trachéotomie ; mais la plupart des malades n'expectorent pas.

L'épiglotte a été trouvée atteinte dans tous les cas sans exception et l'auteur apporte quelques fort belles figures montrant les diverses phases de l'affection : la tuméfaction diffuse avec bosselures, la formation des nodules, leur ulcération, l'ulcération du cartilage lui-même, enfin la cicatrisation ; ces différentes phases s'observent parfois simultanément sur des points voisins de l'épiglotte, de même que sur d'autres points du larynx et même sur d'anciennes cicatrices lupiques ; les cordes vocales supérieures sont par ordre de fréquence le plus souvent atteintes après l'épigotte ; les autres parties du larynx le sont moins constamment. Quant à la muqueuse environnante, elle est très peu rouge, comparée à son état dans la tuberculose, la syphilis, etc. ; la tuméfaction est également modérée même durant la première phase et l'auteur n'a jamais rencontré de gonflement œdémateux. Vingt observations détaillées. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Un stérilisateur électrique pour les instruments de petite chirurgie et en particulier pour les instruments du larynx, du nez et des oreilles, par HECHT (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 1240).

Description et figures d'un petit appareil, chauffé par le courant électrique, servant à stériliser les instruments par l'ébullition et en même temps des pièces de pansement par le chauffage à sec. Le constructeur s'est proposé d'établir un stérilisateur dont le prix de revient et l'entretien se rapprocheraient de ceux d'un appareil à gaz. M. N. WILBOUCHEWITCH.

A propos d'une canule trachéale qui a fait ses preuves, par R. GERSUNY (*Wien. klin. Woch.*, 1900, p. 593).

L'auteur s'est servi depuis 1881, dans son service hospitalier, de la *canule trachéale conique*, qu'il a fait construire et qu'il a décrite à cette époque ; elle a été employée chez près de deux cents enfants trachéotomisés et l'on n'a observé dans aucun cas d'ulcérations dues à la pression du bec de l'instrument ; très grosse à sa partie supérieure, au point de remplir la lumière trachéale, la canule va diminuant en entonnoir, de sorte que son extrémité n'est nulle part en contact avec la paroi. Cette canule nécessite une incision trachéale plus longue, mais ce fait ne présente aucun

inconvénient ; le changement des canules en est facilité d'ailleurs (figure dans le texte). M. N. WILBOUCHEWITCH.

Cas intéressant de corps étranger de la trachée, par P. F. Eve (*Southern. Pract.*, mai 1900, in *Laryngoscope*, juin 1901).

Epingle de châle enclavée dans la trachée d'une fillette de 11 ans. Les tentatives intra-laryngiennes ayant échoué, on pratiqua la trachéotomie pour extraire le corps étranger. Au cours de l'opération, la malade eut des accidents qui forcèrent à l'interrompre et il fallut insérer une canule. Trois jours après, au cours d'une violente quinte de toux, l'enfant avala un fragment de la tête de l'épingle et la rendit par le rectum le lendemain matin ; le même fait se reproduisit cinq jours après pour une autre partie de l'épingle. Le dixième jour on supprima la canule et l'ouverture se cicatrisa. SAINT-CLAIR THOMSON.

Variétés et anomalies des vallécules et des sinus pyriformes, par A. Rosenberg, de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. X, fasc. III, 1900).

Les fossettes glosso-épiglottiques ou vallécules dépendent quant à leur forme de la position de l'épiglotte qui les découvre plus ou moins et qui les fait disparaître dans les cas d'adhérences pathologiques entre la base de la langue et l'épiglotte ou par un procédé inverse quand l'épiglotte est congénitalement absente. Quelques figures nous montrent des vallécules plus ou moins profondes ou asymétriques par suite de diverses dispositions des ligaments glosso-épiglottiques médians et latéraux et de replis accessoires qui subdivisent les fossettes. Ces diverses formes des fossettes ne présentent d'ailleurs pas d'intérêt pathologique.

Les sinus pyriformes se déforment suivant la disposition des replis pharyngo-épiglottiques ; l'auteur a vu souvent ce repli s'insérer non au bord de l'épiglotte, mais au-dessus du bord, sur la surface supérieure même ; dans 1 cas, un gros partait du repli glosso-épiglottique pour longer parallèlement le repli pharyngo-épiglottique dans lequel il finit par se perdre (figure) ; dans un autre cas, ce repli accessoire était bilatéral ; les replis et par conséquent les sinus peuvent être asymétriques ; parfois le sinus est divisé en logettes secondaires ; on voit quelquefois le sinus traversé par une bande oblique blanchâtre, qui n'est autre que le cartilage thyroïde vu par transparence. La plus ou moins grande inclinaison de la face postérieure du cartilage cricoïde influe aussi

sur la forme des sinus pyriformes qu'un repli de la muqueuse ary-cricoïdienne peut masquer sur la ligne médiane et réduire ainsi d'un tiers ou de moitié les dimensions du sinus (figures).

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Manifestations laryngées de la fièvre typhoïde, par L. B. LŒKHARDT (de Toledo, Ohio) (*New-York med. journal*, 30 juin 1900).

La fréquence des manifestations laryngées dans la fièvre typhoïde semble avoir considérablement diminué depuis l'introduction de la méthode de Brand. Sur 1.420 cas ainsi traités, Betke n'a rencontré cette complication que dans 1,7 %. A la clinique de Goldhamner, seize laryngites sur 783 cas. On est loin des chiffres indiqués autrefois par Grienes (14,74 %). L'hyperthermie prend donc un rôle dans cette complication.

Lœkhardt insiste beaucoup sur la distinction entre les lésions spécifiques (gonflement et ulcération des organes lymphoïdes) et les lésions non spécifiques (laryngite catarrhale, pharyngite, nécrose mycotique épithéliale, tantôt bénigne et tantôt maligne, diphtérie, laryngite sous-muqueuse aiguë, périchondrite purulente). Cette dernière complication est des plus graves. La guérison spontanée par expulsion du séquestre est rare. La laryngofissure avec incision et grattage des parties atteintes donne quelques succès. En raison de la tendance aux hémorrhagies des typhiques, on emploiera le thermocautère.

La paralysie et le spasme de la glotte se voient surtout dans la convalescence.

Toutes ces lésions sont très insidieuses. Aussi le larynx des typhiques devrait-il être soigneusement surveillé au cours, au déclin et même pendant la convalescence de la maladie.

Lœkhardt rapporte un cas personnel intéressant, ayant nécessité la trachéotomie. La canule ne pouvait être enlevée malgré de nombreuses tentatives de dilatation. Une ablation d'une partie des cordes vocales immobilisées par l'ankylose aryténoïdienne établit enfin pour l'air un passage suffisant. Mais la voix resta à peine perceptible.

A. F. PLICQUE.

Des affections du larynx au cours du diabète, par OTTO LEICHTENSTERN (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 535).

Ce travail a été trouvé après la mort de l'auteur dans ses papiers, il a été édité par son assistant le Dr Weischer. La laryngite

diabétique est fort peu connue, ce qui est dû en partie à ce qu'on néglige de rechercher la glycosurie au cours de divers accidents laryngés soi-disant idiopathiques. La sécheresse pénible et persistante du gosier, si rebelle à tous les traitements locaux, peut être l'unique manifestation d'un diabète.

L'auteur cite l'observation d'une cantatrice qui éprouvait depuis plusieurs mois cette sécheresse anormale ; la voix se fatiguait vite et s'altérait à la fin des représentations ; la santé générale était parfaite et localement on ne constatait qu'une sécheresse particulière des cordes vocales qui étaient comme laquées ; malgré l'absence de symptômes quelconques, la glycosurie fut recherchée et trouvée : l'élimination du sucre atteignait 70 grammes dans les vingt-quatre heures ; le régime classique fit disparaître complètement le diabète et rendit à la voix toute sa puissance. Trois autres observations fort intéressantes se rapportent à des faits analogues ; l'un des diabétiques absorbait des quantités considérables de sucre candi pour remédier à la sécheresse insupportable du pharynx. Il faut donc toujours songer à la glycosurie en présence d'un catarrhe chronique sec du pharynx et du larynx, plus encore en présence de l'état désigné par « siccitas faucium, narium et laryngis » ou « laryngoxerosis », laquelle mérite le complément « diabetica ». M. N. WILBOUCHEWITCH.

Les affections laryngées pendant la grossesse, par PRZEDBORSKI, de Lodz (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. XI, fasc. I, 1900).

Revue générale de la question, suivie de quatorze observations personnelles qui conduisent l'auteur aux conclusions suivantes : il n'est pas rare de voir des troubles laryngés plus ou moins graves survenir sous la dépendance de la grossesse, résister à tous les traitements habituels et disparaître après la délivrance ; ces complications laryngées, sans rapport d'ailleurs avec la marche plus ou moins normale de la grossesse, surviennent en général dans la seconde moitié ou vers la fin de la grossesse, probablement sous l'influence des troubles circulatoires, de l'auto-intoxication et autres changements produits par la gravidité. L'auteur a observé quatre fois des troubles d'innervation : paralysie bilatérale des muscles thyro-aryténoïdiens, paralysie de l'ary-aryténoïdien et 2 cas de paralysie totale du récurrent. Dans quatre autres observations il s'agit de laryngites hémorrhagiques, dans deux autres de laryngite sous glottique, 1 cas d'ozène trachéal, 1 cas de polype muqueux et 1 cas de tuberculose primitive du larynx. M. N. WILBOUCHEWITCH.

III. — *BOUCHE ET PHARYNX*

La syphilis de l'amygdale linguale, par J. Heller (*Berlin. klin. Woch.*, 1900, p. 188).

Dans des travaux antérieurs H. a, ainsi que quelques auteurs, attiré l'attention sur l'atrophie lisse de l'amygdale linguale, en la considérant comme un signe postsyphilitique ; cette manière de voir a été et est encore vivement combattue. Le travail actuel établit que la fréquence de la syphilis secondaire de la base de la langue est beaucoup plus grande qu'on ne le dit généralement ; et il n'y a plus entre le pourcentage de l'atrophie de l'amygdale et des plaques muqueuses l'écart qui rendait inadmissible les relations de cause à effet entre ces deux altérations. Il serait fort utile que les laryngologistes étudiassent la question de l'atrophie chez les syphilitiques et chez les personnes indenmes de cette infection afin de voir si le processus atrophique peut se lier à des inflammations banales de la base de la langue.

L'auteur cite de nombreuses statistiques. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Un cas de mal perforant buccal, par Compaired (*Rev. de laryng.*, 14 avril 1900).

La cause de la maladie est une lésion trophique dans la sphère du trijumeau, sans que nécessairement il y ait tare nerveuse ou infection générale (syphilis, tuberculose).

Comme causes prédisposantes : la malpropreté de la bouche le mauvais état de la dentition, les traumatismes.

Le processus nécrosique agit sur l'os lentement et peu à peu, sans provoquer les blocs nécrosiques de la syphilis, ni les fongosités de la tuberculose.

La guérison s'obtient par l'antisepsie, aidée au besoin par raclage et cautérisation. H. RIPAULT.

Du diagnostic des diverticules de l'œsophage, par V. Blum (*Wien. Klin. Woch.*, 1900, p. 256).

Observation détaillée d'un cas de diverticule de l'œsophage survenu comme suite éloignée d'une pharyngo-œsophagite ; la situation du diverticule dans ce cas a pu être déterminée par les symptômes subjectifs, par le cathétérisme, l'œsophagoscopie, la radiographie avec introduction dans le sac de liquides opaques aux rayons X, tels que l'eau chargée de bismuth ou une solution de bromure de potassium. L'entrée du diverticule se trouvait sur

la paroi postérieure de l'œsophage, à la hauteur de la quatrième cervicale, le fond du sac à la septième vertèbre.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Corps étranger demeuré huit ans dans le pharynx d'un enfant, par H. L. LACK (*Lancet*, 28 avril 1900).

L'auteur montre un anneau de rideau extirpé du pharynx d'un enfant de 9 ans, qui l'avait avalé à l'âge de 9 mois et provoquait de violentes quintes de toux. Pendant plusieurs années le corps étranger ne détermina nul accident. L'extrémité supérieure atteignait l'arrière-nez et la portion inférieure se trouvait en arrière des aryténoïdes, tandis que les deux côtés étaient enclavés dans la muqueuse des parois pharyngiennes latérales. L'anneau fut enlevé avec une pince osseuse. L. fait ressortir l'importance diagnostique de la toux pour reconnaître l'existence des corps étrangers.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Endoscopie de l'œsophage et de l'estomac, par G. KELLING (*Lancet*, 28 avril 1900).

Après une revue historique des efforts faits durant ces 30 dernières années pour obtenir la vue de l'intérieur de l'œsophage chez un sujet vivant, l'auteur décrit son propre instrument basé sur le principe d'un tube creux large pouvant être rétréci après son introduction. Ce mémoire est trop long pour être analysé, mais il mérite d'être lu, K. dit que les spécialistes peuvent obtenir des résultats parfaits de l'œsophagoscopie et de la gastroscopie.

SAINT-CLAIR THOMSON.

De l'angine chronique à leptothrix chez l'enfant, par ALOIS EPSTEIN (*Prager Med. Woch.* 1900, p. 254).

L'angine à leptothrix compte encore fort peu d'observations, chez l'enfant elles sont exceptionnelles; aussi les cinq cas observés par l'auteur présentent-ils un grand intérêt; notons qu'il n'a jamais trouvé un cas de ce genre à l'hôpital ce qui doit être dû à la confusion que l'on fait facilement avec d'autres angines.

OBS. I. — Fille de 8 ans; cette enfant a subi une atteinte grave de diphtérie en bas âge et plusieurs angines lacunaires. Enfin une nouvelle angine survient, mais elle ne cède pas au traitement habituel et au bout de trois semaines il y a toujours, sur les amygdales, des points blancs, auxquels s'associent quelques érosions superficielles; l'auteur songe alors à la tuberculose, dont les antécédents de l'enfant sont chargés, et fait un examen histologique de l'exsudat : il se trouve composé de longs filaments

indivis, assemblés en paquets. Cette amygdalite leptothricienne dura plus d'un an et disparut lentement.

Obs. II. — Garçon de 5 ans, frère de l'enfant précédent, fut atteint de la même affection pendant un an et demi. Comme sa sœur il en souffrait peu, et l'état général n'en était pas influencé.

Obs. III. — Fille de 10 ans, atteinte très souvent de petites angines lacunaires et se plaignant souvent de la gorge alors qu'un examen local ne permettait de constater rien d'anormal ; l'état névropathique de l'enfant fit penser à de la simulation. Pourtant un jour l'auteur aperçut *derrière* le pôle supérieur d'une amygdale une petite masse blanche que l'examen histologique détermina comme étant de la leptothrix ; pendant plus d'un an ces productions persistèrent en plus ou moins grande abondance malgré l'ablation à l'aide d'une pince et d'une curette.

Obs. IV. — Fille de 8 ans, atteinte du même mal durant deux mois.

Obs. V. — Garçon de 7 ans, parent et voisin des enfants qui font les sujets des deux premières observations. Cet enfant ne se plaignait de rien et le leptothrix fut découvert par hasard ; les plaques et taches blanches existaient non seulement sur les amygdales mais encore sur les papilles de la base de la langue.

Dans tous ces cas on voit au début des taches arrondies ou un peu dentées, d'un blanc mat comme le verre blanc, grosses comme des têtes d'épingles d'abord, atteignant les dimensions d'une lentille plus tard ; dans une première phase l'épithélium de la muqueuse recouvre encore ces productions et il est difficile d'en enlever des parcelles ; quand on y réussit on fait saigner la muqueuse et l'on ne trouve que des filaments cassés au milieu d'une masse d'épithélium kératinisé ; plus tard les taches augmentent, deviennent saillantes et parfois aussi confluentes ; plus tard encore l'épithélium se rompt et la leptothrix prolifère librement en prenant des masses irrégulières, frangées, pendantes ; à côté on voit des exulcérations de la muqueuse ; enfin il peut se former des petites masses, des pointes, comme des stalactytes cornées qui annoncent peut-être la guérison du processus. Les divers traitement employés ont paru peu actifs ; peut-être l'eau iodée en gargarisme est-elle le plus utile, l'affection finit par guérir toute seule.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Purpura rhumatismal et angine, par Alf. Bruck (*Berlin. klin. Woch.*, 1900, p. 1005).

Obs. I. — Homme de 23 ans, atteint d'amygdalite lacunaire bi-

latérale aiguë et fébrile; cinq jours plus tard, l'angine étant presque guérie, la température remonte à 39,8° et il survient des douleurs avec gonflement et rougeur au niveau d'un grand nombre de jointures; en même temps les membres inférieurs se couvrent de purpura. Au bout de deux jours, sous l'influence du traitement salicylique, les accidents rétrocèdent et le malade est guéri au bout de trois semaines.

Obs. II. — Homme de 21 ans atteint brusquement de fièvre et d'une éruption rouge aux quatre membres. Un examen attentif fait éliminer les fièvres éruptives communes et découvrir une légère angine lacunaire ; comme dans le premier cas l'acide salicylique produisit bon effet et la guérison survient graduellement dans l'espace de dix jours.

Obs. III. — Femme de 24 ans, atteinte très brusquement de frissons, de fièvre, de vives douleurs dans la nuque et le dos. Elle présente en même temps une légère angine ; les phénomènes morbides vont d'abord s'atténuant rapidement, puis le cinquième jour la fièvre et les arthralgies reviennent plus vives et une éruption de pétéchies apparaît aux membres inférieurs. Guérison au bout de dix jours.

Obs. IV. — Dans ce cas également il y eut légère angine, fièvre et douleurs articulaires et quelques jours plus tard purpura généralisé. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Un cas de diphthérie sublinguale, par Th. Fentin (*Edinburgh med. journ.*, 1900, p. 540).

Une enfant de 5 ans tombe malade subitement et paraît gravement atteinte; quelques heures plus tard, les ganglions sous-maxillaires tuméfiés et douloureux, l'haleine très fétide, la fièvre vive ; sous la langue, partant de sa pointe et s'étendant en arrière, se trouve une plaque d'un jaune sale, fort adhérente. Le pharynx est rouge, mais net.

L'examen microscopique et bactériologique montrent qu'il s'agit d'une diphtérie à localisation exceptionnelle. L'enfant guérit rapidement. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Adhérences du voile du palais, causées par le pemphygus de la muqueuse, par G. Avellis (*Munch. med. Woch.*, 1909, p. 321).

L'auteur ajoute une observation nouvelle aux trois observations qui existent sur ce sujet dans la littérature. Il s'agit d'un homme de 39 ans, très bien portant d'ailleurs, qui se plaint d'avoir depuis cinq ans le nez bouché en arrière, si bien que la respira-

tion est exclusivement buccale et qu'il y a impossibilité absolue de se moucher. En effet le voile du palais et les piliers sont adhérents sur toute leur étendue à la paroi du pharynx, on ne trouve qu'un orifice insignifiant qui fait communiquer le naso-pharynx avec le pharynx buccal. L'existence d'un pemphygus chronique bénin de la muqueuse labiale et buccale permet de reconnaître la cause de cette adhérence cicatricielle. Le traitement a consisté dans l'agrandissement de la petite ouverture au moyen d'incisions faites en plusieurs séances et dans la dilatation de l'ouverture ainsi établie à l'aide de bougies de Hegar, recourbées en *s* de telle sorte que la courbure postérieure passait derrière le voile du palais, tandis que la courbure antérieure se plaçait sur les incisives inférieures. Le patient introduisait la bougie de six à dix fois par jour et tirait vigoureusement la poignée en élongant par cette manœuvre l'ouverture palato-pharyngée. Après avoir fait cela durant quatre mois il se mouchait et respirait librement par le nez. Ce procédé nouveau de dilatation a été employé avec succès dans un autre cas analogue. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Remarques sur la mauvaise haleine, par FRÄNKEL, (de Berlin) (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. 10, fasc. 1, p. 177, 1900).

La première question à fixer est celle de savoir de quelle région provient la mauvaise odeur, de la bouche ou du nez ; ceci déterminé on touche différentes parties avec un tamponnet d'ouate pour voir si on ramène des parcelles odorantes. On songera bien entendu aux dents tout d'abord, aux gencives, aux cryptes amygdaliennes qu'il faudra disciser si elles sont le siège de concrétions. On oublie souvent le repli amygdalien et la fossette amygdalienne, où l'on peut trouver des concrétions en véritable putréfaction ; dans ces cas il faut saisir le repli à l'aide d'un crochet mousse, l'attirer et le fendre, ce qui permet ensuite de tout nettoyer et d'obtenir la guérison en quelques jours. Il faut savoir aussi qu'il existe des hypochondriaques chez lesquels la fétidité de l'haleine est purement imaginaire. M. N. WILBOUCHEWITCH.

De l'existence de glandes sébacées conglomérées dans la muqueuse buccale de l'homme, par SUCHANNEK (*Munch. med. Woch.* 1900, p. 575).

Un homme de 46 ans, qui s'observe toujours minutieusement et craintivement, fait remarquer un jour à l'auteur qu'il porte dans la bouche des sortes de tâches jaunes qu'il ne se connaissait pas.

En effet l'auteur vit sur la muqueuse de la joue, à la hauteur

des dernières molaires, des plaques jaunes formées de petits points ; l'auteur crut avoir affaire à des glandes à mucus calcifiées ; mais le patient exigea pour sa tranquillité l'excision d'une parcelle de l'une des plaques afin de la soumettre à un examen histologique ; après la petite opération l'auteur appliqua sur la plaie du coton chargé de ferripyrine hémostatique et vit surgir sur la muqueuse tendue par l'effet de ce topique une multitude de ces mêmes saillies jaunes un peu partout dans la bouche. L'examen histologique apprit qu'il s'agissait de glandes sébacées en grappes. Depuis, l'auteur les a recherchées en tendant fortement la muqueuse chez nombre de personne de différents âges et les a trouvées très souvent, en nombre variable et disséminées sans ordre, plus communes néanmoins sur la muqueuse de la joue en face de l'espace interdentaire. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Des phénomènes moteurs observés dans la bouche et le pharynx au cours de l'insuffisance aortique, par H. SCHLESINGER (*Wien. klin. Woch.* 1900, p. 901).

Les pulsations et les changements de volume que l'on peut observer dans la cavité bucco-pharyngienne au cours des affections aortiques ont été décrits d'une manière assez incomplète et de grands traités spéciaux n'en parlent pas ; ces phénomènes ne sont cependant pas exceptionnels, mais les malades ne sont pas toujours faciles à examiner au point de vue pharyngé. Les divers organes de la bouche et du pharynx ne subissent pas au même degré l'impulsion aortique et les mouvements sont soit transmis par la pulsation d'une grosse artère, soit dus au gonflement sanguin des parties molles, ainsi le pouls amygdalien (Huchard), les pulsations des piliers sont dues au pouls carotidien sans que les parties molles se tuméfient ; il en est de même au plancher de la bouche. Mais dans d'autres cas, plus rares, on observe un gonflement rythmique de la langue, de la luette, des piliers ; parfois la paroi pharyngée se bombe aussi et toutes ses parties se rapprochent les unes des autres ; on voit aussi quelquefois la coloration de la muqueuse se foncer. Dans un cas S. a observé un gonflement unilatéral droit du pharynx et la luette faisait une oscillation vers la gauche à chaque pulsation, au lieu de l'oscillation antéro-postérieure que l'on voit habituellement. Quand la pulsation uvulaire existe seule il faut prendre garde de la confondre avec la contraction clonique des mulscles palatins.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Un cas d'anévrysme de la carotide interne consécutif à un abcès de l'amygdale; guérison après ligature de la carotide primitive, par Wulff (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 687).

Une fillette de 8 ans est atteinte d'une angine folliculaire simple guérie en quatre jours, mais suivie aussitôt d'un abcès de l'amygdale gauche ou du moins d'une tumeur qui en avait toute l'apparence ; le médecin traitant, prêt à inciser l'abcès, essuya d'abord le pharynx à l'aide d'un tampon ce qui provoqua de violents mouvements de déglutition ; aussitôt un énorme flot de sang rutilant s'échappa de la bouche, si bien qu'en trois pulsations l'enfant perdit plus d'un demi-litre de sang et tomba en syncope, ce qui mit fin à l'hémorrhagie. Quinze jours plus tard l'amygdale grossit à nouveau et un autre médecin l'incisa ce qui donna lieu à l'écoulement d'une quantité de pus non mêlé de sang. L'enfant parut d'abord guérie, mais un mois plus tard une tuméfaction apparut à la paroi postérieure du pharynx ; elle était pulsatile, elle augmentait progressivement et des ponctions répétées donnèrent du sang pur. Le diagnostic d'anévrysme de la carotide n'était pas douteux lorsque l'enfant entra à l'hôpital, deux mois après la première angine ; la tumeur descendait du naso-pharynx, repoussant l'amygdale et les piliers gauches, dépassant la ligne médiane du pharynx ; elle s'étalait à chaque pulsation et la muqueuse paraissait amincie au centre. La compression digitale de la carotide ne fut pas supportée par l'enfant et l'on eut recours à la ligature de la carotide primitive (Dr Alsberg). L'opération fut très simple, la cicatrisation se fit par première intention et les pulsations étaient supprimées ; la tumeur rétrocéda lentement ; une dizaine de jours après l'opération l'enfant eut de la fièvre ; on ponctionna la tumeur qui saigna un peu et la fièvre tomba bientôt, mais elle revint plus vive au bout de quelques jours et des hémorrhagies se produisirent par l'orifice de la dernière ponction. Des cautérisations au perchlorure de fer amenèrent l'hémostase, mais toute la région tonsillaire se tuméfia et l'hyperthermie allait croissant ; enfin la région parotidienne se tuméfia également et un jour un abondant écoulement de pus se fit par l'oreille ! Le pus s'écoulait par un orifice situé sur la paroi inférieure du conduit auditif à l'union des portions osseuse et cartilagineuse. Au bout de huit jours le phlegmon était guéri, la tumeur anévrysmale continua à diminuer et l'enfant fut définitivement guérie ; la guérison s'est maintenue parfaite encore au bout d'un an.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Recherches sur l'enduit post-amygdalotomique et ses rapports essentiels avec la diphthérie, par Karmer (*Wien. klin. Woch.*, 1900, p. 846).

Les recherches ont porté sur 31 cas observés à la clinique du prof. Chiari et voici les conclusions de ce travail. Après chaque amygdalotomie la surface de section se recouvre, dans les vingt-quatre heures, d'un exsudat qui peut être rudimentaire, mais qui peut aussi devenir pseudo-membraneux. L'exsudat est composé en majeure partie de fibrine, de leucocytes, de parcelles nécrosées de la plaie, mais il contient aussi de nombreuses bactéries, des coccis surtout. Il est probable que les bactéries sont la cause de l'exsudat. Le bacille vrai de la diphtérie ne s'y rencontre pas même accidentellement, il s'y trouve au contraire souvent un bâtonnet qui fait partie du groupe des bacilles pseudo-diphtériques ; l'exsudat tonsillotomique n'offre aucun danger, mais il faut néanmoins éviter cette petite opération dans un foyer épidémique. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Un cas d'abcès de l'amygdale pharyngée, par O. Hewelka (*Kron. Lekarska*, 1899, in *Arch. f. Ohrenh.* Bd. 49, Hft. 1, 1900).

Malade de 17 ans, affectée de torticolis rhumatismal. Bientôt survinrent les accidents graves : frissons, température, somnolence, délire. Pas de ganglions, rien d'anormal du côté du pharynx. Ensuite tuméfaction des paupières, légère raideur de la nuque, trismus, symptômes pulmonaires. La lésion pouvait être confondue avec la fièvre typhoïde, la tuberculose miliaire ou la méningite. Respiration nasale libre. On n'examina pas le rhinopharynx. A l'autopsie on trouva un exsudat sanguin dans la plèvre, des foyers purulents disséminés dans les poumons et une thrombophlébite du sinus pétreux supérieur.

L'origine de la maladie était un abcès du tubercule pharyngé basilaire méconnu pendant la vie.

Cette affection évolue d'ordinaire sous la forme de septicémie cryptogénétique ; lorsqu'elle provoque des accidents naso-pharyngiens, le diagnostic est plus facile. En l'absence de complications, lorsque le pus s'écoule à travers le pharynx et le nez, le pronostic est bénin ; mais quand l'infection se généralise, l'issue fatale est inévitable. SAINT-CLAIR THOMSON.

Les amygdalites aiguës, par J. Abraham (*Medical record* 28 juillet 1900).

Abraham décrit : 1° la tonsillite superficielle ; 2° la tonsillite

cryptique ; 3° l'abcès périamygdalien. Il signale dans l'étiologie le rôle de l'infection par le lait, des troubles gastriques par alimentation surabondante chez les enfants. Il montre que jamais cette maladie n'est négligeable. La tonsillite lacunaire aiguë est en particulier très infectieuse. L'isolement est indispensable dans tous les cas. S'il y a des poussées successives, il faut faire l'ablation complète ou partielle de l'amygdale. Après la guérison apparente d'une amygdalite aiguë le malade doit être surveillé et examiné à diverses reprises. A. F. PLICQUE.

Sur la valeur des amygdales palatines de jeunes enfants comme porte d'entrée de la tuberculose, par F. FRIEDMANN (*Ziegler's Beitrage z. Pathol. Anatom.*; in *Münch. med. Woch.*, 25 septembre 1900).

D'après l'auteur, la tuberculose tonsillaire se manifeste primitivement par la nutrition ou secondairement par des crachats bacillaires ; la première forme serait la plus fréquente chez les enfants. F. a fait ses recherches sur cinquante-quatre enfants vivants et pratiqué quatre-vingt-onze autopsies d'enfant âgés de moins de 5 ans, chez lesquels aucun signe extérieur ne décélait la tuberculose ; il a relativement peu trouvé la tuberculose amygdalienne. Dans un seul cas il a rencontré des preuves de tuberculose étendue. F. appuie toujours son diagnostic sur la présence des bacilles. SAINT-CLAIR THOMSON.

Amygdalotomie par énucléation, par SAINT-CLAIR THOMSON (*Lancet*, 16 février 1901).

Relation de deux observations lues le 11 février à la Société de médecine de Londres.

Femme de 38 ans qui, en 1894, soigna son mari atteint d'amygdalite grave avec écoulement fétide de la gorge. Peu après elle remarqua la présence sur ses amygdales, de cancrétions caséeuses répandant une odeur nauséabonde. On observa les mêmes phénomènes locaux chez son fils. La malade fut soignée pendant trois années consécutives. Durant deux ans elle fréquenta la clinique de l'auteur et y fut traitée par des gargarismes, des badigeonnages, des caustiques, le galvano-cautère et des incisions dans les cryptes tonsillaires. En même temps on surveillait son état général et ses fonctions digestives. Elle ne guérit pas. On se décida enfin en 1899 à énucléer les moignons tonsillaires sous le chloroforme. Depuis, la malade est délivrée de son amygdalite

folliculaire fétide qui lui causait tant d'ennui. Il se produisit une régénérescence de tissu lymphoïde entre les piliers, mais il n'existait pas de cryptes pouvant donner asile aux concrétions caséeuses septiques. Non seulement la voix de la malade n'a subi aucun dommage, mais elle s'est plutôt améliorée au point de vue du chant.

Le second malade est le fils de la précédente, c'était un enfant de 10 ans 1/2. A l'âge de 4 ans il subit l'ablation d'amygdales hypertrophiées au *Throat Hospital.* Il n'en souffrit plus pendant deux ans jusqu'à ce qu'il contracta la scarlatine, nouvelle hypertrophie des amygdales que le Dr Saint-Clair Thomson excisa avec la guillotine au même hôpital. Quelques mois après, des masses caséeuses s'installèrent dans les cryptes tonsillaires d'où on ne put les déloger. L'enfant est resté en traitement du mois de septembre au mois de décembre. Il se plaint surtout de la fétidité de l'haleine qui est surtout prononcée le matin mais dont on s'aperçoit aussi quand il dort la bouche fermée. Les amygdales étaient profondément encastrées entre les piliers et sillonnées de cryptes dont quelques-unes profondes d'un demi pouce. On extrait de ces cryptes des matières caséeuses, fétides, d'un blanc sale. Pas de végétations adénoïdes. Il était impossible d'enserrer les moignons amygdaliens dans l'anneau de la guillotine. Toutes les tentatives d'oblitération des cryptes échouèrent. On avait le choix entre le morcellement et l'énucléation. La mère était si enchantée du résultat de son traitement qu'elle voulut qu'on l'appliquât chez son fils. L'enfant fut anesthésié puis on procéda à l'opération au moyen des doigts et d'une paire de ciseaux courbes.

SAINT-CLAIR THOMSON.

NOUVELLES

Notre savant collègue le Dr Schiffers vient d'être nommé professeur ordinaire d'oto-laryngologie à l'Université de Liège. Schiffers est l'un des travailleurs de la première heure : ses travaux nombreux l'ont mis en relief depuis longtemps ; avec Eeman (de Gand), il partage actuellement l'enseignement officiel de l'otologie dans les Universités belges.

Ceux qui désirent prendre part à la manifestation qui est organisée en son honneur, à l'occasion de sa nomination, devront adresser leur souscription soit à son assistant le Dr Breyre, soit à M. Dardenne, 57, rue des Vennes, Liège (Belgique).

Le professeur Adam Politzer, de Vienne, vient d'être nommé conseiller aulique (Hof rath).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunira le lundi 5 mai 1902, à 8 heures du soir à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, Paris. Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au Secrétaire général.

A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes : 1° Traitement de l'otite moyenne aigüe suppurée; *rapporteur :* M. Gaudier (de Lille). 2° Traitement des sténoses fibreuses du larynx; *rapporteur :* M. Collinet (de Paris).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Los fibromas de la faringe (les fibromes du pharynx) : tirage à part de la « Revista Valenciana de Ciencias Medicas » ; par le Dr Faustino Barbera ; Valencia ; Francisco Vives Mora, Hernàn Cortés, 6, 1902.

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT AMAND, CHER — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXVIII. — N° 3. — Mars 1902.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

NOTE SUR L'EMPLOI DU BLEU DE MÉTHYLÈNE CHIMIQUEMENT PUR DANS LE TRAITEMENT DE L'ANGINE A BACILLES FUSIFORMES ET A SPIRILLES DE VINCENT

Par **A. SIREDEY**, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tous les cas d'angine de Vincent observés jusqu'ici ont été remarquables par la lenteur de leur évolution et par leur résistance aux procédés thérapeutiques les plus variés. La durée moyenne de cette affection est de cinq ou six semaines ; quelquefois elle a dépassé trois mois !

Il semble résulter de plusieurs essais dont les résultats viennent d'être présentés récemment à la Société médicale des hôpitaux de Paris, que la guérison puisse être obtenue beaucoup plus rapidement si l'on a recours au *bleu de méthylène*, l'une des rares matières colorantes que fixent les spirilles et les bacilles fusiformes de Vincent.

J'ai eu l'occasion d'employer pour la première fois ce procédé au mois d'octobre 1901 pour un malade entré dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, avec une stomatite ulcéro-membraneuse, qui présentait sa localisation la plus importante sur la voûte palatine et sur la partie antérieure du voile du palais. On voyait à ce niveau une large plaque rouge aux bords géographiques, légèrement exulcérée et recouverte d'une fausse membrane blanchâtre assez épaisse. A côté de la plaque principale, large de 3 centimètres environ, sur 2 centimètres et demi, on distinguait de petites taches isolées également rouges et membraneuses. En détachant l'exsudat à l'aide d'un tampon d'ouate, on découvrait une surface ulcéreuse, saignante.

L'aspect de la lésion était si caractéristique qu'il donnait au premier examen l'idée d'une angine de Vincent. Cependant les amygdales étaient absolument saines, ainsi que les piliers et le fond du pharynx. Mais il existait en même temps une stomatite assez accentuée sur le bord alvéolaire des gencives, depuis la région antérieure jusqu'à l'angle de la mâchoire.

L'examen bactériologique fit immédiatement découvrir de nombreux bacilles fusiformes et des spirilles au niveau de la plaque palatine, et des spirilles seulement dans l'enduit blanchâtre des gencives.

On était bien en présence de la maladie de Vincent, mais il s'agissait plutôt d'une stomatite à détermination staphylo-palatine que d'une véritable angine. Le malade avait en même temps un peu d'albuminurie.

Je commençai le traitement par des badigeonnages de teinture d'iode, suivant la méthode préconisée jusqu'à ce jour. Au moment où je promenais sur la voûte palatine du malade le pinceau chargé de teinture d'iode, je fus frappé d'une particularité sur laquelle j'appelai l'attention des élèves : la teinture d'iode qui colorait en brun les régions saines, ne se fixait pas sur les membranes, et celles-ci conservaient leur coloration grisâtre à peine salie par l'iode.

Or, on sait que, si l'on étend une couche de teinture d'iode sur certaines dermatoses parasitaires, telles que des plaques de pityriasis versicolore ou de trictrophytie, les surfaces envahies par le parasite, fixant mieux l'iode, sont facilement reconnaissables à leur coloration plus foncée.

Je fis observer qu'un pareil traitement ne pouvait avoir la moindre efficacité contre des parasites qui échappaient à l'action de l'iode. Mon interne, M. Ch. Nantoux, me rappela que les bacilles fusiformes et les spirilles de Vincent étaient très difficiles à colorer, ne fixant que les couleurs d'aniline en solutions alcalines et le bleu de méthylène.

Cette réflexion me suggéra l'idée d'appliquer le bleu de méthylène au traitement de cette affection.

Les nombreuses expériences faites, depuis quelque temps, sur la perméabilité rénale avec le bleu de méthylène ingéré ou injecté sous la peau ont démontré l'innocuité de ce produit,

d'ailleurs fréquemment utilisé par les dermatologistes et les gynécologues.

Un petit tampon d'ouate hydrophile sèche, roulé à l'extrémité d'une petite baguette, fut soigneusement chargé de bleu de méthylène que je portai directement sur les lésions staphylo-palatines.

En dehors de la coloration bleue très intense qu'elle laisse sur la lésion, et dont elle imprègne, par l'intermédiaire de la salive, la plus grande partie de la muqueuse buccale, cette application n'a rien de pénible. Elle donne une saveur désagréable qui se dissipe promptement lorsqu'on fait laver la bouche avec un peu d'eau, une ou deux minutes après le badigeonnage.

En trois jours, les résultats obtenus furent surprenants, la lésion était diminuée de moitié, bien que le traitement ne fut renouvelé qu'une fois dans les vingt-quatre heures.

A la fin de la première semaine, la guérison était absolument complète, et elle ne s'est pas démentie. L'albuminurie même avait disparu.

L'observation fut communiquée à la Société (1) médicale des hôpitaux le 8 novembre 1901. Tout en signalant le succès remarquable que j'avais obtenu, je faisais des réserves sur l'efficacité de ce traitement dans la véritable angine de Vincent, alors que les ulcérations anfractueuses des amygdales se prêteraient beaucoup moins à l'action du médicament, néanmoins j'engageais mes collègues à l'essayer.

Quelques semaines plus tard, le Dr Chauffard (2) présenta une malade de son service atteinte d'une angine de Vincent parfaitement caractérisée au point de vue clinique et confirmée par l'examen bactériologique, qui avait été guérie *en trois jours* par des applications de bleu de méthylène.

Au bout de vingt-quatre heures on constatait déjà une transformation remarquable des surfaces malades, et le lendemain, après deux badigeonnages seulement, les lésions étaient presque guéries, en même temps que les produits membraneux exa-

(1) Sirbdet. — *Bulletin de la Société médic. des hôpitaux de Paris*, nov. 1901.

(2) A. Chauffard. — *Bulletin de la Société médic. des hôpitaux de Paris*, 27 déc. 1901.

minés au microscope ne renfermaient plus que de rares spirilles et bâtonnets. Le troisième jour, la guérison était complète et définitive.

Le même jour, M. le Dr Simonin, Professeur agrégé au Val de Grâce, signala un nouveau cas de guérison obtenue par le bleu de méthylène en trois jours, chez un malade atteint d'angine de Vincent avec ulcération des piliers et de l'amygdale, de nature fuso-spirillaire et qui avait été infructueusement soumis à l'action de l'iode et des collutoires chlorhydriques.

Ces trois observations montrent bien l'action rapide, immédiate, du bleu de méthylène sur les altérations de la muqueuse buccale ou pharyngée provoquées par les spirilles et bacilles fusiformes ; elles permettent d'espérer que ce traitement modifiera promptement l'évolution de cette affection et qu'il en abrègera la durée.

La technique est très simple : il suffit de rouler un peu d'ouate bien serrée à l'extrémité d'un petit morceau de bois, puis on charge ce pinceau de bleu de méthylène pulvérisé, et on le porte directement sur les ulcérations et les membranes en appuyant un peu, de manière à déposer le bleu en poudre sur toute l'étendue des lésions et jusqu'au fond des plis ou des anfractuosités.

On peut faire laver la bouche quelques minutes après le badigeonnage avec de l'eau bouillie pure, ou avec de l'eau additionnée d'une faible quantité de liqueur de Labarraque (une ou deux cuillerées à soupe par litre).

On doit avoir soin de n'employer que du *bleu de méthylène pulvérisé,* et *chimiquement pur,* qu'il est facile de se procurer en le demandant tel. Lorsqu'il n'est pas pur, il renferme parfois du chlorure de zinc et de l'arsenic qui pourraient exercer une action caustique ou tout au moins irritante sur les tissus.

La coloration bleue de la muqueuse et quelquefois des lèvres et du menton, par suite de l'écoulement de la salive teintée, constitue le seul inconvénient de ce procédé ; mais, cette coloration disparaît très rapidement sous l'influence de simples lavages.

Dr Simonin. — V.

II

DES COURANTS AERIENS ET CYCLONES SE FORMANT DANS LA CAVITÉ BUCCALE, DANS LA PAROLE CHUCHOTÉE (1)

Par E. GELLÉ.

Dans une communication précédente, j'ai établi et expérimentalement démontré, qu'au moment de l'émission des sons voyelles, il se forme des courants dans l'air intra-buccal, les uns profonds « rentrants », les autres plus près de l'orifice buccal « sortants », que l'expérience suivante rend manifestes.

Dispositif : une rondelle de papier mince, très sec, de 1 centimètre de diamètre, est transfixée à son centre par une fine aiguille d'acier poli, sur laquelle elle glisse, au moindre souffle. Cette rondelle est portée au fond de la cavité buccale ouverte, jusqu'au niveau de la base de la langue : à ce moment on pousse un A. énergique, brusque ; et la rondelle de papier, glissant sur la tige, est emportée aussitôt sur le voile du palais où elle se colle. Un courant rentrant énergique se forme donc immédiatement avec A.

Si au lieu de placer la rondelle au niveau de la base de la langue, auprès de l'isthme du gosier, on la porte en avant à quelque distance derrière l'arcade dentaire, au tiers antérieur de la langue, alors A. explosif refoule la rondelle sur la tige, vers le dehors, hors des lèvres. Un courant sortant, opposé au premier, expulse en ce point le disque de papier.

La découverte de ces courants d'air opposés, formés par l'émission vocale, au sein du canal phonateur, démontre qu'il se produit à cet instant des tourbillons aériens intra-

(1) Communication à la Société de Biologie, 25 janvier.

buccaux, tels que ceux qu'on voit s'établir au niveau des parties dilatées des tubes dans lesquels le physicien chasse un courant d'air.

J'avais vu tout d'abord que le phénomène exigeait une expiration forte et brusque, et un A très sonore explosif, pour apparaître; il résulte d'une nouvelle série d'expériences qu'il n'en est rien ; et j'ai pu constater l'existence des courants rentrants intra-buccaux, et des cyclones phonateurs même dans la *parole chuchotée.* Les dispositions expérimentales sont les mêmes que tout à l'heure; mais le fait se produit avec moins de vigueur vu la faiblesse du souffle. De plus il faut porter la rondelle au moyen de sa tigelle métallique un peu plus en avant que dans le premier cas. Si l'on chuchote A, en effet, la rondelle portée auprès de l'isthme, vers la base de la langue, rien ne bouge ; et pour voir le disque se précipiter vers le fond de la bouche, il y a nécessité de ne pas dépasser le niveau du plan médian de la langue. Tenue en suspension ainsi, au moindre A chuchoté aussi faible soit-il, la rondelle quitte la tige et se transporte sur la base de la langue. Elle ne se jette pas brusquement sur le voile comme avec A explosif; le phénomène aérien n'a pas la force nécessaire pour cela. Cependant on observe facilement combien il faut peu de courant d'air expiré, pendant le chuchotement, pour obtenir la chute de la rondelle par l'action du tourbillon produit. En effet, une expiration simple n'y suffit pas ; mais, dès qu'il y a arrêt du courant de l'expiration suivi de reprise avec détente, légère mais brusque, comme cela se passe dans la formation d'une voyelle chuchotée, aussitôt le phénomène se montre. C'est l'intermittence du souffle expiré, accompagnée de la détente nécessaire qui provoquent l'apparition du glissement subit de la rondelle vers la profondeur, avec une lenteur relative ici en rapport avec le peu d'énergie de la voix chuchotée.

L'articulation est la cause évidente du tourbillon intra-buccal. On remarque que dans la voix chuchotée le cyclone se développe plus en avant, au milieu de la bouche. J'ai voulu savoir quel serait l'effet d'une consonne associée à la voyelle émise. Voici l'expérience :

La vibrante « R » se présente aussitôt à l'esprit ; elle permet l'inspection de la cavité buccale ; et par conséquent l'expérimentation. Je dis « RA » chuchoté, aussi bas que possible, la rondelle de papier portée sur sa tige de métal au niveau de la portion médiane de la langue et de la cavité buccale ; et immédiatement, le disque de papier glisse et se trouve emporté sur le voile, d'un saut brusque.

L'énergie de ce déplacement est curieuse à constater avec un chuchotement si faible ; mais avec l'action renforçante de la vibrante « R » on ne peut s'étonner de voir le phénomène grossi, et bien supérieur à ce que donnait le chuchotement de la voyelle seule.

Evidemment les vibrations ajoutées par la consonne ont amplifié le cyclone, et agrandi le déplacement et son énergie, puisque A, sans R, chuchoté ne portait la rondelle qu'avec mollesse au niveau de la base de la langue et non brusquement sur le voile du palais.

Je n'ai pu examiner l'action des autres consonnes ; les strictures du canal buccal, nécessaires pour leur formation, s'opposent à toute expérimentation de ce genre.

J'oubliais de dire que si, pendant A chuchoté, on a porté le disque de papier trop près de l'isthme, rien ne se produit absolument : le tourbillon se forme plus en avant. En résumé, suivant que l'effort phonateur est faible ou puissant, la rondelle indique par sa chute et son transport un tourbillon aérien de siège variable ; proche de l'isthme avec A explosif ; et siégeant au niveau de la partie moyenne de la langue, avec A chuchoté.

Les deux phénomènes sonore et aérien (cyclone) existent à la fois, sont modifiés simultanément, synergiquement ; ils croissent et se résolvent en même temps. S'ils ne sont pas indispensables l'un à l'autre et peuvent exister l'un sans l'autre, il faut reconnaître que l'intensité sonore est en rapport constant avec la violence des tourbillons aériens. Il est en outre fort remarquable que la seule consonne que j'aie pu expérimenter à ce point de vue, la vibrante R, a montré, par l'énorme développement qu'elle donne au phénomène aérien, une activité renforçante des plus manifestes et bien compa-

rable à la force phonatrice qu'elle ajoute aux sons-voyelles qui lui sont associés.

Il y a concordance absolue entre les activités et phénomènes biologiques et les lois physiques au point de vue de la phonation.

En définitive, on peut conclure de ces expériences sur la phonation, que les mouvements de l'air expiré que retient la stricture de la consonne, et que chasse au dehors la voyelle sont d'une vitesse et d'une force considérables ; et qu'au moment de l'articulation, sans plus de dépense d'air ou d'effort, par le fait seul de la syllabation, c'est-à-dire de l'action de la consonne, le son acquiert une intensité remarquable, instantanée, du fait de la formation des cyclones aériens dus à la fermure et à l'ouverture vives du courant sonore ; toutes les consonnes peuvent opérer à un moment donné cette détente brusque, cause des agitations des molécules aériennes et de la naissance des tourbillons intra-buccaux.

Ainsi le rôle de la consonne apparaît clairement : elle segmente le souffle et de chaque segment fait un son caractérisé et significatif ; et cela dans un temps des plus courts et avec le moins d'efforts de la respiration : elle précise et multiplie les signes de l'expression vocale ; c'est le nerf du langage : les langues à consonnes multipliées sont supérieures.

III

LA TOUX DE COMPRESSION SON IMPORTANCE POUR LE DIAGNOSTIC DES RÉTRÉCISSEMENTS DES BRONCHES (ADÉNOPATHIES ET TUMEURS DU MÉDIASTIN)

Par J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon (1).

La toux sur laquelle je désire appeler l'attention est certainement connue de tous, et nous avons tous eu l'occasion de l'entendre dans maintes circonstances. Je veux parler de cette toux particulière le plus ordinairement coqueluchoïde, mais qui se distingue de la toux de la vraie coqueluche par un retentissement sonore, par une tonalité bruyante et profonde. Cette toux, par son timbre caverneux, effraie le plus souvent l'entourage du malade, car elle en impose pour une affection d'une certaine gravité. Elle a été désignée sous diverses appellations : toux de chien, toux férine, toux hystérique, toux nerveuse, etc., et je me hâte de dire que c'est au nervosisme qu'on en attribue le plus fréquemment l'origine. Sans doute le nervosisme peut donner lieu à une toux plus ou moins tenace sans lésion pulmonaire, toux sympathique dont on fait remonter la cause à des organes variés fort distants parfois de l'appareil pulmonaire.

J'admets parfaitement l'existence d'une toux nerveuse, sorte de tic expiratoire convulsif, mais il y a loin de là à la toux sonore que je vise dans ce travail.

Depuis plusieurs années, j'avais été frappé de l'existence de cette toux chez les malades atteints de tumeur du médiastin,

(1) Communication à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 31 Janvier 1902.

ainsi que chez les enfants présentant les signes de l'adénopathie trachéo-bronchique ; mais je n'avais encore osé soutenir que cette toux était l'apanage exclusif des compressions trachéo-bronchiques et surtout bronchiques.

Aujourd'hui, en me basant sur un grand nombre de faits, je n'hésite plus à déclarer que cette toux est absolument pathognomonique d'une compression bronchique, et qu'elle ne s'observe que dans les cas où une tumeur ganglionnaire ou autre, siégeant dans le médiastin, vient presser plus ou moins fortement sur l'une des deux divisions de l'arbre trahéo-bronchique. Le rétrécissement siégeant à la naissance d'une bronche ou près de la bifurcation produit, dans les efforts brusques d'expiration, un bruit retentissant caractéristique. Méconnaissant ce fait, certains auteurs ont prétendu que ce bruit spécial avait son siège dans le larynx ; il en est même qui n'ont pas hésité à l'attribuer à une vibration anormale des bandes ventriculaires. Il n'en est rien, et j'espère que tous ceux qui voudront contrôler mon opinion seront convaincus que cette toux ne se rencontre absolument que dans les affections du médiastin comprimant les grosses divisions de l'appareil respiratoire.

Je ne veux pas dire par là que toutes les adénopathies bronchiques, que toutes les tumeurs du médiastin engendreront la toux à sonorité caverneuse. Il y a certainement des tumeurs de cette région dont le développement épargne l'arbre bronchique à sa naissance ; dans ce cas, la toux ne peut prendre le caractère spécial que j'indique. On pourra bien observer de la toux coqueluchoïde à fausse reprise inspiratoire, mais, sur cette toux, le timbre creux ne se greffera que le jour où la tumeur exercera une compression sur la bronche.

La toux coqueluchoïde est la conséquence de l'excitation du pneumogastrique ou des récurrents, c'est un phénomène réflexe pur et simple résultant de causes diverses. Quant à la toux coqueluchoïde compliquée d'un retentissement sonore et creux, elle est le produit d'une excitation réflexe associée à un phénomène physique d'ordre différent, à une compression bronchique.

Je n'ai pas à discuter ici la physiologie pathologique de la

toux réflexe, ce n'est pas le point que je désire mettre en lumière. Je ne m'inquiète pas du caractère coqueluchoïde, mais du caractère sonore et caverneux de la toux. C'est ce dernier qui me fait donner à ce signe le nom de *toux de compression* pour bien faire ressortir sa cause véritable. Cette appellation a pour but de supprimer toute équivoque et de distinguer définitivement cette toux spéciale de toutes les autres toux qui ont été confondues avec elle.

Si l'on parcourt les observations éparses dans la science touchant les adénopathies et les tumeurs du médiastin, on se rend vite compte de la confusion qui règne dans l'esprit de tous les auteurs. Depuis la toux coqueluchoïde de Guéneau de Mussy et de Barély jusqu'à la toux férine, rauque, sonore, vibrante, caverneuse, etc., ce ne sont qu'adjectifs sans nombre qui témoignent d'un défaut total de précision. Et de plus, quand cette toux est mentionnée dans quelques observations (et elle ne l'est pas toujours), elle n'est indiquée que comme un petit symptôme vulgaire sans importance auprès des autres symptômes révélés par tous les moyens physiques d'exploration du thorax.

Je tiens à tirer ce signe de l'oubli et à démontrer qu'il est, au contraire, le signe capital, primordial, qui suffit, à lui seul, pour affirmer l'existence d'un rétrécissement bronchique par lésion du médiastin. Cela revient à dire que, toutes les fois que nous entendons la toux de compression, notre diagnostic est orienté dans un sens parfaitement déterminé et que nous ne devons plus chercher autre chose qu'une affection du médiastin : adénopathies trachéo-bronchiques ou tumeurs diverses, anévrysme, cancer, etc.

Sans doute la toux de compression ne fait pas le diagnostic, mais elle est l'indice révélateur de la voie certaine qu'il faut suivre.

Pour qu'il n'y ait pas d'erreur sur les caractères particuliers qui permettent de reconnaître la toux de compression, je tiens à faire entendre à mes collègues cette toux telle qu'on la rencontre chez les enfants et les adultes. Il m'était difficile de réunir en même temps un certain nombre de malades pour donner une audition de cette toux spéciale. J'ai cru plus

simple d'enregistrer, au hasard de la clinique, quelques exemples de cette toux sur un cylindre de phonographe.

Ce cylindre renferme la toux de cinq malades : deux enfants et trois adultes. Ce type de toux est bien connu de chacun de nous, et pourtant avons-nous songé à lui attribuer sa véritable importance.

L'idée que cette toux est un signe certain de compression m'avait été suggérée tout d'abord par sa coexistence avec le goitre plongeant ou un anévrysme de l'aorte. Tout dernièrement, avec mon interne M. Varay, nous avons vérifié un fait très concluant sur le cadavre. Il s'agissait d'un cancer du médiastin qui avait rétréci la bronche droite de telle sorte que la lumière du conduit était fort réduite et que la muqueuse était plissée et comme gauffrée au niveau de la sténose.

Depuis quelques années, nous avons à notre disposition un nouveau moyen de contrôle de diagnostic des tumeurs du médiastin. Ce moyen, s'il n'est pas infaillible, est au moins d'un précieux secours, je veux parler de la radioscopie. Actuellement toutes les fois que je soupçonne une tumeur du médiastin par la toux de compression, je cherche à compléter mon diagnostic par l'examen minutieux du malade ; puis j'ai recours à la radioscopie, et celle-ci vient ou bien confirmer le diagnostic présumé, ou bien donner la clé d'un diagnostic encore incertain.

Toutefois, il ne faut pas demander à la radioscopie ce qu'elle ne peut donner. En présence d'un cas d'adénopathie bronchique une radioscopie négative ne suffit pas pour faire rejeter le diagnostic. Mon collègue Rabot a souvent rencontré des adénopathies sur le cadavre d'enfants chez lesquels la radioscopie avait été négative. Mais, si au contraire la radioscopie nous fournit des renseignements positifs, la preuve de l'existence d'une compression n'est que plus concluante. Ainsi, sur les cinq malades enregistrés sur le phonographe, quatre ont été radioscopés par le Dr Destôt, et chez trois la radioscopie a confirmé en tous points mon diagnostic.

Je ne veux pas insister, dans cette courte communication, sur le diagnostic de la nature de la compression révélée par la toux, il me faudrait pour cela passer en revue toute la

pathologie des plans antérieur et postérieur de la région sus-cardiaque du médiastin. Je dirai simplement que, chez les jeunes sujets, l'adénopathie est plus fréquente, et que souvent elle s'accompagne de ganglions indicateurs des régions sus-claviculaires. Les tumeurs diverses se rencontrent plutôt chez l'adulte, et l'anévrysme latent de l'aorte est une de celles qu'il faudra chercher avec soin. Il est à signaler que le cancer de l'œsophage si fréquemment observé donne rarement lieu à la compression des bronches.

Ce qui me fait attacher une si grande importance à la toux de compression, c'est qu'elle est un guide précieux pour le praticien dans le diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques. Nous savons que le diagnostic ne s'en impose pas toujours facilement. Si même il vient à l'idée de rechercher une adénopathie chez un malade, quelles difficultés ne rencontre-t-on pas dans l'appréciation de ces légères différences du murmure vésiculaire entre les deux poumons. Quant à la matité interscapulaire que mon collègue Weill considère comme le seul signe caractéristique, sa constatation n'est pas très facile, et même les virtuoses de la percussion ne sont pas toujours très affirmatifs.

J'entrevois bien quelques objections que l'on va me faire. A quoi sert, me dira-t-on, la toux de compression, quand on a pour établir son diagnostic une tumeur visible du médiastin, un anévrysme de l'aorte, un goitre plongeant, un chapelet ganglionnaire sus-claviculaire, quand on constate de la dyspnée, du cornage, du tirage, etc.. Certainement en présence d'une telle pléïade de symptômes, point n'est besoin d'étayer sa conviction sur la toux de compression bronchique. A une telle période il n'y a plus guère d'erreur de diagnostic possible. Mais ce n'est pas à cette période de la maladie que je fais jouer à la toux de compression son rôle principal. La toux de compression est un signe qui se présente le plus souvent à une époque où la tumeur se cache encore discrètement dans la profondeur du thorax, à une époque où aucun signe extérieur n'attire encore notre attention. C'est alors qu'il est important d'avoir à sa disposition un signe infaillible qui permette de faire le diagnostic, pour ainsi dire à distance,

les yeux fermés, en entendant simplement tousser le malade. Alors seulement notre examen s'orientera dans un sens déterminé, et il nous sera plus facile de déceler des signes qui auraient passé inaperçus au premier abord.

Qu'il me soit permis de signaler en deux mots quelques exemples typiques de diagnostic établi sur la simple toux de compression.

Il y a 2 ou 3 mois, un de mes jeunes confrères me présente un malade qui avait été frappé brusquement d'une paralysie d'une corde vocale, et me demande mon avis sur la nature de la compression. Après un examen approfondi je ne trouve aucune cause appréciable. Mais en interrogeant le malade sur ses antécédents, j'apprends que trois mois avant l'apparition de la paralysie de la corde vocale, il avait éprouvé pendant plusieurs semaines une douleur rétrosternale, constrictive, assez intense, douleur analogue à celle que Rendu a signalé comme signe précoce des tumeurs du médiastin. Le malade ajoute qu'au même moment, son médecin lui fit remarquer qu'il avait une toux semblable à celle d'un chien. Ce simple renseignement me fit songer à une affection du médiastin et la radioscopie indiqua très nettement une maladie de Hodgson qui avait été précédée d'une sorte de médiastinite plus ou moins aiguë.

Peu de jours après, un de mes anciens internes des plus distingués me présente à l'Hôtel-Dieu un jeune garçon qui prend des accès de suffocation toutes les nuits et chez lequel il a constaté quelques lésions d'un sommet insuffisantes pour expliquer ces accès. Au même instant le jeune malade me fait entendre une superbe toux de compression et avant tout examen je le fais conduire à la salle de radioscopie où le Dr Destôt découvre l'existence d'un gros goitre plongeant. Trois jours après on est obligé d'opérer le goitre et de faire une trachéotomie à cause d'une crise grave de suffocation.

Je puis citer encore un malade qui présentait des symptômes simulant un cancer de l'œsophage. Au moment où je pénètre dans sa chambre, ce malade me fait entendre une toux de compression tellement intense que je suis aussitôt obsédé par l'idée que je vais me trouver en présence d'un

anévrysme de l'aorte. Il avait, en effet, une paralysie laryngée unilatérale avec des battements au niveau de la fourchette sternale et de la région sus-claviculaire. On percevait aussi un souffle vasculaire en haut du sternum. La radisocopie révéla l'existence d'un énorme anévrysme aortique. Le malade mourut d'ailleurs subitement 4 ou 5 jours plus tard.

Je pourrais multiplier les exemples, car je possède un grand nombre d'observations dans lesquelles la toux m'a fait soupçonner une compression bronchique et m'a conduit à la découverte de la cause de cette compression. Si j'ai retardé cette publication, c'est que je redoutais des objections nombreuses et plus spécialement en ce qui concerne les adénopathies trachéo-bronchiques. Ces objections, il m'était difficile d'y répondre, et j'ai vu parfois mon diagnostic mis en doute par des maîtres éminents. Que dire, en effet, quand on vous objecte qu'il n'y a ni souffle, ni matité ? La réponse est aujourd'hui à la radioscopie, car elle seule fournira la preuve et rendra palpable la cause de la compression.

IV

L'EXTRAIT DE CAPSULES SURRÉNALES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par Louis **VACHER**, d'Orléans.

Je ne puis, dans ce court travail, aborder l'historique de cette question, ni donner même un aperçu des nombreux mémoires qui ont paru, surtout à l'étranger, sur l'action physiologique de l'extrait de capsules surrénales.

Employé en injections intra-veineuses, il avait depuis longtemps montré son pouvoir vaso-constricteur puissant, portant principalement sur les petits vaisseaux et donnant lieu conséquemment à une augmentation de la pression sanguine qui pouvait être rapidement dangereuse en cas de lésion du cœur ou des vaisseaux.

Au Congrès d'Heidelberg, en 1896, à la suite de Bates, de New-York, et de Louis Dor, de Lyon, Darier relata des faits intéressants sur l'action vaso-constrictive très puissante de l'extrait de capsules surrénales.

La préparation dont il se servait alors était obtenue par macération de pulpes de capsules dans son poids d'eau distillée, préparée aseptiquement et mis en ampoules par le Dr Jacquet, de Lyon. Ce liquide se conserve très bien. Il représente son poids de capsules fraîches. Une seule goutte instillée sur une conjonctive normale provoque en deux ou trois minutes une anémie profonde de toute la surface oculaire : « On ne voit pour ainsi dire plus un seul vaisseau conjonctival ; la sclérotique devient d'un blanc éclatant ; l'œil prend un aspect livide, on dirait un œil de porcelaine » (Darier).

Cette anémie dure un temps variable, de une à deux heures,

suivant la dose employée. Mais cet effet est d'une durée d'autant moins longue que l'œil est plus hypérémié.

Cependant, il n'est pas de congestion, si intense soit-elle, qui ne cesse, pour quelques instants tout au moins, si on répète deux ou trois fois les instillations. Aucun agent connu jusqu'à ce jour ne possède un pouvoir anémiant aussi marqué (Darier).

A voir le temps qui s'est écoulé entre ces communications (1896) et la généralisation de l'emploi des capsules surrénales, on dirait qu'elles ont passé, en France tout au moins, presque complètement inaperçues, car ce n'est pas seulement la chirurgie spéciale des yeux, des oreilles, du nez, du larynx qui est appelée à en tirer de grands avantages mais la chirurgie générale et la thérapeutique.

Les oculistes s'en sont servi d'abord pour toutes les opérations qui se pratiquent sur le globe ou ses annexes. Quelques-uns même l'ont essayé pour le traitement de l'hypertonie oculaire inflammatoire ou glaucomateuse. Ils n'ont pas tardé à s'apercevoir que l'action de la cocaïne est singulièrement renforcée par celle des capsules.

Tout le monde sait que la cocaïne a peu d'action sur les muqueuses enflammées, parce que l'hyperhémie empêche probablement son absorption. Si l'on a soin d'instiller en même temps, ou alternativement, une solution de capsules et une solution de cocaïne, à plusieurs reprises différentes, on obtient une anesthésie suffisante dans presque tous les cas. J'ai même observé qu'il est préférable d'instiller d'abord la cocaïne puis ensuite l'extrait de capsules. On obtient plus vite anémie profonde et anesthésie des tissus que si on procède inversement.

Si on instille en premier lieu les capsules, on dirait que la contraction violente des vaisseaux empêche la cocaïne d'être absorbée en aussi grande quantité : l'anémie est aussi grande mais l'anesthésie moins complète. Lorsque j'ai besoin d'une action très énergique, je me sers du liquide surrénal pour dissoudre la cocaïne. C'est la méthode qui m'a donné les meilleurs résultats, comme durée de l'anesthésie, de l'anémie des tissus et de leur rétraction.

L'usage de l'extrait de capsules surrénales est à la portée de tous les opérateurs, car rien n'est plus facile que de s'en procurer, ou d'en préparer soi-même en cas de nécessité. Je me sers de liquides et de poudres préparées sur mes indications par L. Dufour, 25, rue des Carmes, à Orléans, qui donne à ces produits le titrage exact et l'asepsie rigoureuse exigés en pareil cas. Ces extraits opothérapiques sont obtenus à l'heure actuelle, par la méthode de Brown-Séquard, mais plusieurs procédés chimiques sont à l'étude, pour isoler la substance active et l'obtenir sous une forme amorphe ou cristalline qui en rendra l'action toujours identique.

Les ampoules de Dufour contiennent 1 centimètre cube environ d'un liquide stérilisé, représentant son poids exact de capsules fraîches. La poudre est un mélange intime d'extrait sec et de lactose représentant dix fois son poids de capsules fraîches.

Il est facile d'obtenir avec ces deux produits toutes les solutions et toutes les poudres dont on peut avoir besoin dans la pratique courante. Les ampoules du Dr Jaquet de Lyon et les préparations de Dufour m'ont donné les mêmes résultats. Je n'ai jamais employé le chlorure d'adrénaline sur lequel le Dr Moure a fait une communication à la Société de médecine de Bordeaux, le 29 novembre dernier, ni la *supranéphrine* et l'*épinéphrine* expérimentés par Albert Rosemberg, de Berlin (Revue de Moure, I, 1902). Mais, je crois, pour ma part, que les extraits organiques doivent, pour conserver leur action maximum, être obtenus en faisant subir aux tissus qui les contiennent le moins possible de manipulations chimiques, et que le liquide le plus actif sera celui qui se rapprochera le plus du suc frais de capsules surrénales, qu'il est toujours facile d'obtenir et de conserver indéfiniment en ampoules stérilisées.

Voici maintenant le résultat de mes observations personnelles. Je les diviserai par organe, j'indiquerai pour chacun d'eux dans quels cas je me suis servi d'extrait de capsules et quel a été l'effet produit.

Nez. — C'est dans les interventions intra-nasales que l'action vaso-constrictive du suc capsulaire m'a rendu le plus de services.

On peut agir sur la muqueuse par des pulvérisations, des badigeonnages ou des insufflations de poudre.

Une ou deux minutes après le premier contact on voit la muqueuse pâlir d'abord, puis prendre une coloration blanchâtre, pendant qu'on suit sa rétraction progressive à mesure que l'action passe des capillaires superficiels aux capillaires profonds et périostiques.

Le contact de la muqueuse avec l'os devient intime. On voit nettement les contours des cornets. Les méats sont élargis, l'espace qui les sépare de la cloison augmente considérablement.

Dans les cas de *rhinite hypertrophique* la sténose nasale cesse en quelques instants et met beaucoup plus de temps à se reproduire qu'avec la cocaïne.

Cette action thérapeutique m'a rendu service dans plusieurs cas de coryza aigu et chronique à bascule, d'épistaxis à répétition, ne provenant pas de la cloison, mais d'hyperémie de la muqueuse de l'étage supérieur du nez.

Toute la gamme des inflammations intra-nasales peut en être tributaire, qu'on emploie le liquide en pulvérisation, ou la poudre en insufflation, on est sûr d'obtenir une action plus forte et plus durable qu'avec la cocaïne.

Il me paraît inutile de donner des observations détaillées qui ne font que corroborer celles déjà publiées par plusieurs confrères. J'insiste cependant sur les avantages précieux de ce médicament dans le traitement du coryza aigu pris au début, qui peut être jugulé en quelques heures, du coryza chronique, spasmodique, avec ou sans hydrorrhée, sur lesquels l'action salutaire du liquide surrénal est certaine.

Ce traitement pourra-t-il, dans une certaine mesure, remplacer l'air chaud? Je ne puis répondre, n'ayant pas eu à traiter des cas de ce genre en assez grand nombre, et n'ayant pas suivi les malades depuis assez longtemps.

Ablation des polypes des fosses nasales. Les badigeonnages cocaïno-surrénalés facilitent beaucoup l'ablation des polypes du nez à l'anse froide, en augmentant l'espace libre du méat moyen, en supprimant presque tout écoulement sanguin, en permettant le curetage facile de l'infundibulum.

Si le nombre des polypes est considérable, on peut, dans la même séance recourir à plusieurs badigeonnages successifs, et débarrasser la fosse nasale de tous les polypes sans être gêné par la moindre hémorragie.

Sinus maxillaire. — Lorsqu'on veut cathétériser le sinus maxillaire par son orifice naturel, on éprouve souvent une grande difficulté à cause de l'étroitesse du méat moyen et de l'épaississement de la muqueuse du cornet. Un badigeonnage ou une pulvérisation de quelques gouttes d'extrait additionné de cocaïne, accolle la muqueuse au squelette osseux, augmente l'espace libre du méat, agrandit l'ouverture naturelle du sinus dans de telles proportions que ce cathétérisme devient facile, lorsque l'anatomie de la région le permet, bien entendu. Je l'ai expérimenté souvent.

Quand on fait le *curettage du sinus maxillaire*, après l'avoir largement ouvert par la fosse canine, si l'on tamponne la cavité avec une longue mèche de gaz imbibée d'extrait dilué, on diminue considérablement l'hémorragie.

Une seconde application peut être faite au moment de perforer largement la paroi interne du sinus et de faire le tamponnement final par la narine.

L'ablation des crêtes, des éperons, des épines de la cloison, à l'ostéotome, au bistouri, à la scie ou à la pince bénéficie des mêmes avantages : *a*) augmentation de l'effet anesthésique de la cocaïne qui est plus complète et plus durable; *b*) suppression presque absolue de tout écoulement sanguin. Il m'est arrivé d'enlever au turbinotome de longues crêtes de la cloison sans avoir à la suite une seule goutte de sang.

Mais, à ce propos, il est nécessaire de dire que l'action vasoconstrictive intense des capsules surrénales expose, comme celle de la cocaïne, ou de l'eau oxygénée, à des hémorragies secondaires, et qu'il ne faut pas se croire en toute sécurité, parce que les interventions donnent avec les capsules surrénales moins de sang qu'avec tous les autres hémostatiques.

L'hémorragie est plus tardive qu'avec la cocaïne, elle est, d'après mes observations beaucoup moins fréquente et moins abondante, mais elle peut survenir. On doit la prévenir par un tamponnement méthodique, ou par un badigeonnage avec

une solution concentrée de nitrate d'argent, d'acide trichloracétique, de ferripyrine, etc.

Sinus frontal, Ethmoide. — Le cathétérisme du sinus frontal, lorsqu'il est anatomiquement possible, est facilité par les badigeonnages d'extrait surrénal.

Lorsqu'on sonde avec un stylet les cellules ethmoïdales, ou qu'on les détruit avec la pince de Grünwald on ne tarde pas à être géné par le sang.

Si l'on a soin de porter à plusieurs reprises dans ces cellules de l'extrait de capsules, on obtient une hémostase beaucoup plus complète qu'avec la cocaïne. On peut ainsi faire le curettage de l'infundibulum, perforer la bulle ethmoïdale sans avoir de sang.

Comme l'action vaso-constrictive est de plus longue durée, les applications successives permettent de prolonger l'intervention avant que l'effet du premier attouchement soit passé.

Si le sang vient à gêner, on l'enlève avec de petits pinceaux d'ouate stérilisée, on fait un nouveau badigeonnage, ou bien on porte une petite mèche de gaze imbibée d'extrait contre la paroi qui saigne, et deux ou trois minutes après le champ opératoire est exsangue. On peut continuer la résection des lamelles osseuses intercellulaires. Il arrive souvent que l'hémostase est si parfaite que la durée de l'opération est notablement diminuée. La douleur éprouvée par le malade est moins forte, la fatigue générale consécutive moins grande, puisque la perte de sang a été insignifiante.

Oreilles. — Dans le coryza avec inflammation tubaire qui précède si fréquemment l'otite moyenne aiguë, il est quelquefois très difficile de faire le catéthérisme de la trompe. Les capsules surrénales viennent merveilleusement à notre aide. On peut en porter à l'orifice tubaire et dans la trompe soit en versant quelques gouttes dans le pavillon de la sonde, soit en badigeonnant l'orifice tubaire avec une couche d'ouate roulée autour du bec de la sonde, et imbibé d'extrait de capsules. Deux ou trois minutes suffisent pour rendre à la trompe sa perméabilité et permettre les insufflations d'air chaud ou de vapeurs médicamenteuses dans la caisse.

Les malades en éprouvent d'ordinaire un grand soulagement qui dure beaucoup plus longtemps qu'avec la cocaïne. Peut-être ces attouchements répétés trois ou quatre fois par jour, en rendant plus facile l'aération de la caisse, et en décongestionnant au maximum l'orifice tubaire auraient-ils une action véritablement prophylactique de l'infection de l'oreille moyenne.

Mais l'otite moyenne existe, elle est en pleine évolution, il faut pratiquer une *paracentèse du tympan.*

Là, encore, j'ai pu constater et apprécier l'action des capsules surrénales. Suivant toujours le sage conseil de Lermoyez, qui le premier, je crois, a insisté sur les dangers des solutions anciennes de cocaïne, je prépare toujours, au moment même de m'en servir, la quantité de solution de cocaïne qui m'est nécessaire pour chaque intervention. De cette manière, pas d'erreur possible sur la dose du toxique, pas d'erreur sur la composition du liquide employé. Le chlorhydrate de cocaïne cristallisé doit être stérilisé à l'étuve, ou la solution récente portée à l'ébullition sur une lampe à alcool au moment de l'employer.

Pour pratiquer la paracentèse du tympan, je dissous 2 ou 3 centigrammes de cocaïne dans deux ou trois gouttes d'extrait représentant son poids de capsules et je porte ce liquide sur le tympan. Au bout de six à sept minutes le maximum de l'effet anémiant et anesthésique est produit, le malade ne sent pas l'incision tympanique ; ou, s'il la sent un peu, cette douleur est si peu de chose, que depuis l'emploi de ce mélange je n'ai jamais eu recours au chlorure d'éthyle, ni à d'autres anesthésiques généraux pour les paracentèses du tympan. Ne quittons pas la caisse, nous avons encore plusieurs interventions dans lesquelles les capsules vont nous être utiles.

Ablation des polypes du conduit de la caisse, des végétations, curettage total de la caisse. Extraction des osselets. — Dans toutes ces opérations très délicates, ce qui gêne le plus c'est le sang dont la moindre goutte masque tout le champ opératoire. Il est indéniable que l'extrait de capsules fait disparaître cet inconvénient, car son action est si intense qu'elle atteint les capillaires intra-osseux. Certainement l'eau oxygé-

née rend de grands services, mais la mousse qu'elle produit oblige à un nettoyage long et fastidieux. Son pouvoir vaso-constricteur est superficiel et de courte durée, tandis que celui des capsules est plus intense, plus profond et plus long.

J'ai de même employé ces extraits dans l'*évidement pétro-mastoïdien*, dans la *trépanation de l'antre*, dans le *Stacke* pur. Chaque fois j'ai constaté que l'hémostase du champ opératoire s'obtenait plus vite qu'avec l'eau oxygénée ou la compression simple, qu'elle était plus profonde et permettait d'opérer avec plus de sécurité et plus rapidement.

Pharynx. — Dans l'inflammation aiguë des amygdales et du voile, dans les abcès péri-amygdaliens, dans l'ablation des amygdales enchâtonnées avec mes pinces, j'ai employé l'extrait de capsules avec avantages.

Lorsqu'on badigeonne une amygdale très enflammée, on la voit pâlir et diminuer de volume. Pour bien s'en rendre compte il suffit de ne badigeonner qu'une des deux amygdales et de faire garder au malade la bouche ouverte pour que l'extrait ne touche pas l'amygdale témoin. Au bout de deux ou trois minutes le phénomène est très visible, les piliers se décolorent ainsi que la muqueuse du pharynx. Cette contraction violente paraît agir sur la marche de l'inflammation.

Deux ou trois badigeonnages dans la journée procurent au malade un réel soulagement. Il en est de même pour les inflammations du voile du palais.

Si l'on doit *ponctionner* au bistouri, au trocart, ou au galvano-cautère un abcès péri-amygdalien, l'emploi de la cocaïne mêlé à l'extrait de capsules procure une anesthésie presque complète, alors que la cocaïne seule est toujours suffisante.

Le *morcellement* des amygdales enchâtonnées avec mes pinces donne toujours un peu de sang. On curette la loge amygdalienne avec une perte de sang presque insignifiante si on a soin de faire auparavant un ou deux badigeonnages de la surface amygdalienne. Je m'en suis rendu compte plusieurs fois en morcelant une amygdale après l'avoir badigeonnée à la cocaïne, et l'autre quelques minutes après l'emploi des capsules. Chaque fois cette expérience m'a paru concluante.

Dans plusieurs cas l'amygdale paraissait complètement

exsangue. L'emploi des capsules me semble ainsi tout indiqué chez les *hémophiles*.

Pour l'ablation de l'amygdale de Meyer, les résultats sont les mêmes : absence presque totale d'écoulement sanguin, diminution très forte de la douleur. Mais si l'on examine les végétations adénoïdes avant de les badigeonner avec l'extrait de capsules surrénales, on est très étonné de les trouver ensuite très diminuées de volume.

Elles semblent quelquefois disparaître presque complètement. Cette rétraction déjà très sensible avec la cocaïne est beaucoup plus accentuée et plus durable avec les capsules. Pour quelques opérateurs cette rétraction serait une contre-indication à l'emploi des capsules, car la pince coupante et la curette ramènent beaucoup moins de tissu adénoïdien. Elle semble glisser contre du périoste. Cependant je n'ai pas observé que les enfants dont j'avais méthodiquement curetté le cavum, après un badigeonnage cocaïno-surrénale, présentassent, quelques semaines ou plusieurs mois après, des récidives de végétations, comme si l'aplatissement du tissu adénoïdien avait empêché son enlèvement complet avec la curette.

Ce qui n'est pas un inconvénient, selon moi, pour l'ablation des végétations, le deviendrait certainement pour l'ablation ou la cautérisation des *queues de cornet*, qui disparaissent en grande partie après un badigeonnage avec l'extrait de capsules surrénales, la cocaïne même les rétracte beaucoup.

Epiglotte. Larynx. — La *bacillose laryngée* sous toutes ses formes réclame souvent notre intervention, surtout au début, lorsqu'elle est bien localisée. On a l'espoir par des curettages sérieux et des cautérisations de détruire sur place toutes les lésions. Mais lorsqu'on morcelle l'épiglotte, ou qu'on fait le curettage des végétations glottiques, on est obligé d'interrompre dès les premiers coups de curette, car le sang masque les lésions.

Un badigeonnage préalable de la glotte anémie considérablement ces tissus, permet de distinguer une tuméfaction hyperhémique d'une véritable infiltration, par conséquent, de mieux diriger la pince ou la curette et d'en limiter l'action aux seuls tissus envahis. Je ne fais aucune intervention intra-

laryngée : ablation de polypes, curetage, etc., sans le secours des capsules et je me suis bien trouvé de cet agent dans plusieurs cas de *laryngite aiguë* et dans 1 cas d'*œdème partiel* de la glotte.

L'extrait de capsules surrénales a donc une action vaso-constrictive d'une durée et d'une intensité supérieures à tous les agents de même ordre employés jusqu'à ce jour.

La chirurgie spéciale des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge, qui a déjà retiré tant de bénéfices de l'emploi de la cocaïne, est en possession d'un nouveau produit naturel facile à se procurer, non moins précieux, puisque son pouvoir est plus grand et qu'il se surajoute à celui de la cocaïne. Une véritable révolution dans les procédés opératoires peut en résulter. Car on peut employer ce produit localement et intérieurement, par voie stomacale ou hypodermique. L'opothérapie surrénale est à son aurore. Elle nous réserve de nombreuses surprises.

Déjà, le *Medical News*, dans son numéro du 4 janvier 1902, contient un travail du Dr Floerskeim dans lequel il relate 21 cas d'hémoptysie et 22 cas d'hémorrhagie utérine de causes diverses, supprimées par l'usage interne de poudre de capsules surrénales à la dose de 30 centigrammes. L'action hémostatique du médicament se manifeste au bout de dix à quinze minutes. On répète au besoin la même dose au bout de quatre à six heures.

Le lymphatisme et l'hémophilie sont, si je ne m'abuse, caractérisés par une atonie véritable des capillaires.

N'y aurait-il pas dans les capsules surrénales, pour lutter contre ces états, un remède d'une action merveilleuse ? L'avenir nous le dira, car de nombreuses observations sont encore nécessaires pour fixer exactement l'action, les modes d'emploi et les doses maniables des différents extraits de capsules surrénales.

Certainement si on obtient un produit cristallisé inaltérable, toujours identique, comme on prétend que serait le chlorure d'adrénaline, l'emploi des capsules ne tardera pas à se généraliser en chirurgie et en thérapeutique. Mais déjà le simple extrait aqueux produit des effets si constants, si utiles, que je ne doute pas qu'avant peu il ne se trouve, comme l'eau oxygénée et la cocaïne, dans l'arsenal de tout chirurgien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES (1)

Séance du 12 avril 1901.

Président : M. CRESWEL BABER

SPENCER montre de nouveau le cas de tumeur de la corde vocale droite avec gonflement de la jambe chez un enfant qu'il avait présenté à la séance précédente. Sous l'influence du traitement iodo-hydrargyrique les deux tumeurs ont notablement diminué, ce qui prouve leur origne hérédo-syphilitique.

SAINT-CLAIR THOMSON. — Cas de laryngite chronique avec ulcération d'une corde vocale chèz un homme de 33 ans. En même temps que de ces altérations laryngiennes le malade est atteint de rhinite avec croûtes et pus en petite quantité. L'orateur pense que l'infection nasale a été le point de départ de l'affection du larynx.

SAINT-CLAIR THOMSON. — **Infiltration de la corde vocale droite datant de six mois.** — Malade de 56 ans enroué depuis septembre 1900. C'est la portion moyenne de la corde vocale droite qui est arrondie, rouge et infiltrée. Mouvements tantôt libres, tantôt ralentis et diminués d'amplitude. Rien dans le nez, le larynx et la poitrine. F. Semon qui l'a vu ne pense pas que ce soit une affection maligne, Butlin a écrit que dans deux cas semblables où il avait opéré il n'avait trouvé dans la tumeur qu'un peu de sang coagulé. Pour opérer il est nécessaire d'ouvrir le larynx par devant.

Ces deux malades parlaient beaucoup, l'un étant voyageur de commerce, l'autre officier de marine.

SCANES SPICER. — **Néoplasme du larynx développé sur la paroi postérieure et compliqué de parésie de la corde vocale gauche.** — Le seul symptôme est un enrouement progressif qui a débuté il y a quatre ans. Tumeur sessile, dont un fragment fut d'abord dia-

(1) Compte rendu par L. R. REGNIER.

gnostiqué histologiquement tuberculose; quelques mois après un autre fragment est diagnostiqué cancer par le même expert. La douleur, les hémorrhagies, l'amaigrissement, l'engorgement ganglionnaire font défaut. Pas d'infection des sinus ni de sténose du nez. Ni syphilis, ni tuberculose. Pas de surmenage vocal.

Felix Semon craint le cancer et conseille une thyrotomie exploratrice.

Scanes Spicer. — N'a pas vu les préparations mais classiquement le diagnostic de cancer est douteux.

Scanes Spicer. — **Laryngite avec hyperplasie sous-glottique marquée près de la commissure antérieure chez un homme de 36 ans.** — La maladie a débuté il y a quatre mois. Le malade est anémique, pas de signes de tuberculose, aucun antécédent morbide. Traitement par les pulvérisations de chlorure de zinc ; œdème de l'épiglotte et de la région voisine.

Dundas Grant. — Pense qu'il s'agit de tuberculose.

Pegler est du même avis et cite à l'appui un cas personnel analogue.

Felix Semon pense qu'il s'agit de laryngite chronique simple ni tuberculeuse ni syphilitique.

Le Président ne saurait assurer l'existence de l'ulcération.

Saint-Clair Thomson. — La température et le pouls normaux, l'absence de signes de tuberculose ont fait éliminer cette cause du diagnostic. Il n'y avait pas d'antécédents spécifiques. L'iodure a plutôt aggravé le mal.

Il montre ensuite un cas d'*infiltration de la corde vocale droite datant de trois mois*. Le malade, âgé de 40 ans, est enroué depuis janvier. Les deux tiers postérieurs de la corde vocale droite sont le siège d'une infiltration lisse, rouge ; les mouvements sont libres ; un peu de laryngite hypertrophique ; cavum sain ; quelques polypes ont été enlevés des narines. L'iodure, le repos vocal, la suppression du tabac et de l'alcool n'ont rien amélioré.

Jobson Horne considère ces lésions comme de l'éléphantiasis diffuse.

M. Lake recommande le traitement mercuriel.

Lorgan Turneh montre : 1° les pièces d'une *dipthérie laryngée primitive*. Cette affection, survenue chez un adulte vigoureux, resta cantonnée dans le larynx et entraîna une mort rapide malgré la trachéotomie. L'examen *post mortem* de la membrane qui s'étendait de l'épiglotte au cricoïde y montra le bacille de Klebs-Lœffler.

2° *un larynx pour diagnostic*. Cette pièce a été enlevée chez un

enfant de 8 ans, asphyxié par des aliments vomis qui avaient pénétré dans le larynx et les bronches. Cet organe est parsemé de points blancs d'un millimètre ou plus de diamètre ressemblant à des tubercules miliaires. Ils sont composés de tissu lymphoïde sans cellules géantes.

JOBSON HORNE croit que ces nodules n'ont aucune signification pathologique ; l'épithélium ayant été détruit les tissus sous-jacents sont devenus plus visibles.

WALSHAM. — **Nez détruit par un furet.** — Malade de 24 ans qui eut à 3 mois le visage rongé par un furet, le nez, une partie de la peau du front et la moitié de la lèvre supérieure étaient détruits. Elle a subi dix-huit autoplasties, la plus réussie fut faite par sir Thomas Smith en 1887, avec une greffe de la peau du bras. La narine droite qui était ouverte s'est fermée lors de la dernière opération en 1899.

LE PRÉSIDENT pense avec Walsham qu'il n'y a plus rien à faire si, comme il l'a compris, l'introduction d'un cartilage a échoué.

JOBSON HORNE. — **Epithélioma du larynx.** — Homme de 69 ans qui devient aphone à la suite de l'influenza en août 1899 ; aucune douleur, ni gêne, pas de trouble de la santé générale. La tumeur occupe les deux tiers de la corde vocale droite. D'aspect en grande partie papillomateux, elle remplit le tiers antérieur de la glotte et s'étend jusque sous la bande ventriculaire gauche. Corde vocale droite immobile, gauche indemne. Congestion générale du larynx. Pas d'engorgement ganglionnaire. Iodure de potassium pendant 15 jours sans résultat.

LE PRÉSIDENT regarde cette tumeur comme maligne.

FÉLIX SEMON fait quelques réserves et conseille la thyrotomie et l'ablation de la tumeur.

FITZ GERALD POWELL a vu le malade en janvier et a conseillé l'opération, ne doutant pas de la nature maligne du mal. Le malade a refusé. Il est surpris cependant que la tumeur n'ait pas grossi.

FITZ GERALD POWELL. — **Tuberculose du larynx.** — Homme de 18 ans atteint depuis quatre ans d'enrouement et de gêne respiratoire progressifs. Dysphagie. Il y a 5 ans, érysipèle de la face, et il y a un an éruption qui dure encore sur le visage. Tout le larynx est pâle et gonflé, parsemé d'érosions superficielles. L'application d'une pommade à l'acide salicylique à 5 % sur le nez et la face a

apporté une certaine amélioration à l'éruption. Il se propose de cureter le larynx et d'appliquer ensuite de l'acide lactique.

Wyatt Wyngrave montre des pièces intéressantes de deux catégories de papillomes du nez : le premier de la variété squammeuse histologiquement identique au papillome cutané ; le second appartenant à la variété cylindrique et qui n'avait pas encore été rencontré dans le vestibule nasal.

Richard Lake montre des dessins de kyste du nez et éléphantiasis du larynx tuberculeux.

Atwood Thorne. — **Pharyngomycose chez une femme.** —

Scanes Spicer dit qu'il faut savoir s'il y a lieu de traiter ces cas activement ou non. Quand les malades sont tourmentés par divers symptômes : sensation de corps étranger, démangeaison, mauvais goût, dyspnée, dyspepsie, etc., il est partisan d'un traitement actif : lavages antiseptiques alcalins, attouchements des cryptes au sublimé, cautérisations. Ces cas sont très rebelles, avec des rémissions ; la guérison n'est jamais sûre. Mais les malades n'aiment pas qu'on les laisse en paix.

Pegler demande si le mauvais goût dans la bouche est le symptôme principal.

Fitz Gérald Powell calme la démangeaison par le curettage et le nitrate d'argent en solution au 1 %.

Wyatt Windgrave fait ressortir l'importance du diagnostic entre l'actinomycose vraie et la kératose des amygdales. Chez cette dernière le meilleur traitement est la solution saturée d'acide salycilique, la pharyngomycose cède aux acides sulfureux et antiseptiques.

Parker. — La tumeur est très difficile à détruire quand elle est très adhérente. Généralement au bout de quelques mois elle devient flottante. Il est donc préférable d'attendre ce moment pour intervenir.

Félix Semon. — En discutant cette question, la Société revient sur un sujet déjà discuté récemment et pour lequel on a déjà préconisé nombre de traitements. Personnellement il croit que cette affection survient chez des gens affaiblis que le changement, le repos et l'exercice guérissent mieux que le traitement médical ou chirurgical. Le mauvais goût dans la bouche n'est pas un symptôme usuel.

Attwood Thorne réplique que sa malade n'en avait pas et que personnellement il est disposé à éviter tout traitement actif.

Herbert Tilley montre **un cas de suppuration de l'antre avec distension considérable de la paroi interne.** — Enfant de 16 ans qui se présente pour gêne respiratoire de la narine droite, écoulement nasal purulent et dépression générale. L'examen montre une distension considérable de la paroi interne de l'antre qui touche à la cloison. Crépitation et douleur à la pression. Après ablation des foyers osseux cariés l'antre fut lavé trois fois par jour avec divers antiseptiques. Dès qu'on cesse ces irrigations la suppuration reparaît. Faut-il faire une opération radicale? Le père s'y oppose à moins que ce ne soit absolument nécessaire.

Le Président dit qu'avant de décider l'opération il faut vérifier avec un stylet fin l'épaisseur de la paroi interne de l'antre qui paraît amincie, les injections devront d'abord être continuées pendant quelque temps encore.

Pegler montre un **kyste de la glandet hyroïde** chez une femme.— La tumeur tendue, fluctuante, grosse comme une orange, remonte à environ dix-huit mois. Symptômes de compression qui ont progressé récemment, larynx très déplacé.

Le Président doute toujours de la nature kystique de ces tumeurs dont il a une grande expérience. La position seule l'établit. On trouvera probablement plusieurs kystes; l'ablation n'en est pas généralement difficile; si cependant elle ne peut se faire il faut ouvrir les kystes et suturer leur paroi à la peau.

Dundas Grant demande si les autres membres de la Société ont pratiqué avec succès les injections de perchlorure de fer suivant la formule de sir Morell Mackenzie. Il a eu quelques bons résultats.

Félix Semon répond à Grant que la question des injections dans le goître a soulevé, il y a quinze ou vingt ans, une vive polémique dans le « *British medical journal* ». Il a établi par un certain nombre de cas que les injections iodées étaient parfois très dangereuses. Depuis il a vu une injection de perchlorure de fer dans un kyste ponctionné déliminer l'inflammation de la glande, l'infection et la mort. Ces dernières années il a eu un grand nombre de bons résultats, aucun accident, et cependant il a tout à fait abandonné ce mode de traitement à cause des progrès de la chirurgie de la glande thyroïde qui rendent ces expédients inutiles.

Le Président est d'accord avec Félix Semon pour dire que les injections de perchlorure de fer ne donnent pas de satisfaction. Elles peuvent produire des abcès et occasionnent de grands troubles.

Saint-Clair Thomson pense que dans la chirurgie moderne la méthode d'injecter les kystes a vécu, ceux-ci pouvant aujourd'hui être ouverts sans danger.

Fitz Gérald Powell croit aussi que l'ablation des kystes est préférable à l'injection. Il rapporte un cas où un chirurgien bien connu pratiqua l'électrolyse avec deux aiguilles ; le malade succomba en moins d'une demi-heure.

Charsley montre un rhinolite chez un enfant.

Atwood Thorne est d'avis qu'il s'agit d'un corps étranger et demande une observation plus détaillée pour la prochaine séance.

Le Président, avec un stylet, n'a senti aucun corps solide ; il s'agit d'un corps étranger ou d'une tumeur.

Charsley n'a pu recueillir aucun renseignement sur l'introduction d'un corps étranger dans le nez. Le corps était blanc, dur et mobile. Mais il n'a pu déterminer sa nature.

N. B. — L'enfant a été anesthésié après la séance et on a retiré de sa narine un morceau de gomme élastique long de 2 centimètres et large d'un demi.

Lambert Lack. — **Tumeur rare de la paroi postérieure du larynx.** — Femme de 39 ans, mariée, atteinte depuis quinze ans d'accès de dysphagie. L'état s'est aggravé depuis trois mois, voix faible. Pas de maigreur, ni d'engorgement ganglionnaire. On voit au laryngoscope une tumeur large, nodulaire, pâle, s'étendant de la partie postérieure des aryténoïdes sur le côté droit. Molle au toucher elle semble provenir de la surface postérieure du cricoïde. Ce n'est pas un épithélioma, peut-être un sarcome ou une tumeur bénigne.

Felix Semon considère ce cas comme rare et intéressant. Il est sûr que ce n'est pas un carcinome et très persuadé que ce n'est pas non plus un sarcome, car il y aurait déjà infection ganglionnaire, et paralysie de la corde vocale droite. C'est donc une tumeur bénigne qu'il conviendrait d'enlever avec l'anse et d'examiner au microscope pour fixer la conduite à tenir ultérieurement.

Saint-Clair Thomson pense qu'elle pourrait venir de l'œsophage et la considère aussi comme bénigne et rappelle qu'il a vu avec Felix Semon un cas analogue chez une malade venant du Cap ; mais derrière la tumeur il y avait un abcès ; la malade est retournée au Cap depuis deux ou trois ans et va parfaitement bien.

Jobson Home dit que la tumeur ayant débuté par la région aryténoïdienne, ne peut être considérée comme d'origine œsophagienne.

Dundas Grant montre : 1° un cas de lupus de la cloison ayant envahi le dos du nez, chez une jeune fille ; 2° un cas de pachydermie des apophyses vocales chez un homme d'âge moyen ; 3° une perforation spécifique du palais avec ulcération d'apparence tuberculeuse chez une femme d'âge mûr.

Scneas Spicer relate les lésions de l'épiglotte dans ce cas comme tuberculeuses et semblables au cas de Fitz-Gérald Powell. Quand il a vu la malade elle n'avait que la perforation du palais d'aspect tertiaire typique et rien au larynx.

Séance du 3 mai 1901.

Président : Creswell Baber

Barclay Baron présente de nouveau la tumeur laryngienne montrée à la précédente réunion. Elle ne put être enlevée par la bouche ; c'était un épithélioma infiltrant, non pédiculé, envahissant l'épiglotte et le larynx. Le malade vit encore malgré une infection ganglionnaire considérable, il a refusé l'extirpation totale du larynx.

Mark Howell montre un homme de 61 ans, chez lequel il a extirpé, par le procédé endolaryngien, en 1886 puis 1887, un gros épithélioma de la corde vocale gauche qui, depuis, n'a pas récidivé.

De Santi a été vivement intéressé par l'histoire de ce malade, de son traitement et par le résultat obtenu. Mais d'après l'examen microscopique des pièces, le diagnostic d'épithélioma ne saurait être affirmé. Comme évolution clinique il a également une marche et une durée absolument insolites. Il y aurait eu engorgement ganglionnaire et l'opération endolaryngienne eût été impossible. Son opinion est donc qu'il s'agit d'une tumeur bénigne.

Felix Semon déclare qu'il adhère complètement aux remarques de de Santi. On enseigne, et en cela son expérience est d'accord avec la théorie, que les tumeurs bénignes diffèrent des malignes parce que les premières s'étendent en surface, les secondes en profondeur. Comment pourrait-on enlever de telles tumeurs sans que, comme dans le cas présent, il en reste aucune trace ? il ne nie pas cependant qu'on puisse débarrasser le larynx d'une tumeur maligne par le procédé endolaryngé. On en a relaté un cer-

tain nombre de cas. Il rappelle à ce propos une lettre écrite par lui en 1887 à propos de la maladie du prince héritier allemand, un cas personnel avec survie datant de 29 ans ; et l'opinion de Fränkel de Berlin, qui s'est fait le défenseur de ce procédé dans des cas choisis. Cela n'empêche qu'il ne peut comprendre comment une tumeur maligne du volume de celle que représente le dessin de Howell a pu être enlevée ainsi sans laisser de traces. Aussi la considère-t-il plutôt comme un gros papillome né de la commissure antérieure, ce qui expliquerait l'aspect actuel du larynx du malade de Howell, il a lui-même enlevé un gros papillome de la commissure antérieure qui ressemblait tout à fait au dessin de Howell. Il n'a pas trouvé non plus dans les pièces microscopiques les caractères des tumeurs malignes et demande que M. Howell consente à ce que celles-ci soient soumises au Comité des tumeurs. Ce cas exceptionnel vaut un examen très sérieux. Il conclut qu'en cas de refus des opérations plus radicales que permet la chirurgie moderne on pourra avoir recours au procédé endolaryngé, mais seulement dans ces cas.

Le Président estime que la proposition de Félix Semon concernant l'examen des pièces par le Comité des tumeurs est tout à fait à accepter.

Vinrace demande à Howell si à aucun moment il n'a observé d'engorgement des lymphatiques en rapport avec la tumeur.

Mark Howell, dans sa réplique, indique que la tumeur était à la première opération fixée au bord interne et un peu à la surface de la corde vocale gauche sur toute sa longueur : à la seconde opération la base d'implantation était plus large et s'étendait jusqu'à la corde vocale supérieure gauche. Il accepte l'examen du Comité des tumeurs. C'est M. Eve qui a fait les coupes qui a établi le diagnostic d'épithélioma. Le mouvement de la corde vocale arrêté lors de la première intervention est resté tel depuis. Il n'a pas vu de lymphatiques dilatés.

Frederick Spicer montre une femme de 15 ans, atteinte de polypes du nez, qui, par compression, ont déterminé la résorption du cartilage de la cloison sans perforation. Ni syphilis, ni scrofule dans les antécédents ; pas de traumatisme.

Le Président pense que la compression peut suffire à expliquer la résorption du cartilage mais elle a pu être aussi causée par un abcès de la cloison.

Fitz Gerald Fowell a vu dans un cas un abcès de la cloison détacher complètement le cartilage de l'os du nez qui était épaissi par suite d'ethmoïdite. L'affection était due à un traumatisme.

Nourse a vu dernièrement un malade chez lequel les narines n'étaient plus séparées que par la petite columelle ; cependant le nez n'était pas déformé. La chute du cartilage moyen a dû être entraînée par l'absorption des cartilages latéraux.

Scanes Spicer pense qu'il s'agissait là d'un vieil abcès de la cloison dont la suppuration avait détruit les cartilages latéraux. Les traumatismes et la syphilis sont les causes les plus fréquentes de ces abcès.

Saint-Clair Thomson est d'avis qu'on pourrait retourner l'explication de Nourse et se range à l'avis du Président. Tout le monde sait que les cartilages peuvent manquer sans que le nez soit déformé. Mais si le cartilage est détruit par un abcès la cicatrice en se rétractant amène une déformation.

Le Président trouve l'explication bonne.

F. Spicer remercie et ajoute qu'il concède que l'absorption du cartilage peut être due à un abcès secondaire aux polypes ou à la lésion de l'ethmoïde.

Lambert Lack. — **Examen microscopique de la tumeur rare du larynx** montrée dans la réunion précédente.

La tumeur a été enlevée par la voie externe ; l'examen microscopique par Jobson Horne a révélé un sarcome à cellules mélangées.

Felix Semon, qui considère cette tumeur comme un fibrome, demande son renvoi au Comité des tumeurs et félicite Lack de sa belle opération.

Saint-Clair Thomson demande à Lack s'il est nécessaire de poser des ligatures temporaires sur les artères ; s'il a eu quelques difficultés avec les hémorrhagies ou la respiration et à quelle hauteur il faut contourner le larynx.

Lambert Lack dit qu'on n'a pas à redouter les hémorrhagies, le champ opératoire étant tout entier visible; les ligatures temporaires sont donc inutiles, sauf quand on opère dans le pharynx par la bouche. Il sera très heureux que la tumeur soit examinée par le Comité.

Lambert Lack montre une occlusion du nez par une cloison osseuse située près de son centre. Trouvaille de dissection sans histoire pathologique.

W. Carson montre des **papillomes multiples du larynx** enlevés à l'autopsie d'une enfant de 2 ans 1/2 qui mourut subitement d'asphyxie.

Le Président. — On sait que ces tumeurs récidivent souvent après l'opération. Dans un cas célèbre la thyrotomie a été recommencée dix-sept fois.

Charles A. Parker. — **Pachydermie du larynx.** — Malade déjà montré il y a deux ans : pas de changement dans l'état malgré la variété des traitements.

Jobson Horne considère ce cas comme un type de pachydermie verruqueuse et n'est pas partisan d'un traitement chirurgical.

De Santi. — La conduite à suivre serait de laisser le malade tranquille.

Parker avait surtout présenté ce malade pour montrer qu'il n'était pas tuberculeux. Depuis neuf mois il n'a suivi aucun traitement.

Dundas Grant montre une jeune femme atteinte de tumeur de la base de la langue.

De Santi la considère comme un sarcome extensif; la consistance, la surface irrégulière, l'absence d'ulcération, l'âge de la malade, son histoire, sont en faveur d'une tumeur maligne. Il y a de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Une biopsie serait utile.

Lambert Lack soigne en ce moment une jeune fille portant une tumeur à peu près semblable mais couverte de vaisseaux et qu'il pense venir de la thyroïde. Ce n'est cependant pas le diagnostic qu'il porterait pour l'autre.

Le Président a présenté à la Société une tumeur thyroïdienne de la base de la langue mais elle était plus irrégulière, à l'aspect plus malin que celle-ci.

Fitz Gerald Powell dit que, pensant à cause de l'âge de sa malade que la tumeur est maligne, il en fera faire un examen microscopique avant de tenter quoi que ce soit.

Atwood Thorne présente une ulcération de la pointe de la langue chez un homme de 52 ans. Il a souffert depuis l'année dernière depuis dix jours il est à l'iodure ; amélioration légère. Sa langue est légèrement fixée.

Le Président conseille d'augmenter la dose d'iodure.

Mark Howell propose la biopsie.

Saint-Clair Thomson dit la syphilis certaine, la malignité possible. Dans tous les cas douteux il faut essayer le traitement spécifique et il prie Thorne de ne rien entreprendre avant d'avoir essayé les frictions mercurielles pendant un mois.

De Santi penche pour l'épithélioma. La base de l'ulcère est in-

durée ; l'ulcération est saillante et verruqueuse. Les mouvements de la langue sont un peu arrêtés et la région sous-maxillaire légèrement tuméfiée, ce qui n'est pas habituel dans les gommes.

Lambert Lack partage l'avis de Thomson sur le diagnostic mais pas sur le traitement. Il serait mauvais de mettre un cas suspect de malignité au traitement spécifique quand la biopsie est si facile. S'il y a cancer l'attente est préjudiciable.

Vinrace a remarqué que le malade tire difficilement la langue et demande s'il existe d'autres infiltrations que les malignes qui puissent en entraver les mouvements.

Thorne répond qu'il fera faire une biopsie et prescrira les frictions mercurielles. Il espère présenter de nouveau le cas à une prochaine séance.

BIBLIOGRAPHIE

Infiammazioni e tumori nei seni sfenoidali (Inflammations et tumeurs des sinus sphénoïdaux) par Enrico Segreti, 1 vol. in-8°, de 107 pages avec 17 figures, Roma, 1902, Casa editrice.

Ce travail mérite d'être lu des rhinologistes français : il a, outre sa clarté, cet avantage, qu'ont les travaux italiens, de ne pas faire de parti pris une bibliographie systématiquement nationale, mais de citer à valeur égale les recherches des auteurs français, allemands et autres. En ceci, il est très supérieur aux mémoires semblables qui nous viennent d'outre Rhin et qui, à force de persister à ne se vouloir documenter que chez eux, présentent des lacunes qui, de jour en jour, font baisser leur valeur, à ce point que les travailleurs consciencieux s'en doivent maintenant méfier ! Ainsi, le travail de Secreti ne manque pas de citer les recherches anatomiques de Sieur et Jacob, non plus que les intéressantes et récentes tentatives de Furet pour traiter les abcès du sinus sphénoïdal par la voie du sinus maxillaire. A tous ces titres, il mérite une place en bibliographie sphénoïdale. M. Lermoyez.

Die Entstchung und Ursache des Taubstummheit, par le Dr F. Danzizer, gr. in-8° de 95 pages avec 3 tables et 22 figures dans le texte. — Joh Alt, Francfort-sur-le-Main, 1900.

L'auteur a déjà fait un mémoire pour démontrer que le strabisme convergent est en rapport avec une brachycéphalie d'ordre

pathologique, la trigonocéphalie. Il s'efforce aujourd'hui de démontrer que c'est le raccourcissement du diamètre antéro-postérieur du crâne par rapport au diamètre bipariétal qui est la cause de la surdi-mutité congénitale. Ceux qui ne l'ont pas vu n'ont pas voulu le voir, car Virchow l'a dit très expressément en étudiant deux crânes de sourds-muets adultes qui lui ont servi à rapprocher les sourds-muets des crétins !

Ce sont les modifications de la base du crâne qui retentissent sur la forme du crâne en général, sur les os et notamment sur le rocher et ces modifications sont elles-mêmes sous la dépendance de la pression intra-crânienne et de l'action musculaire extérieure. Et pendant soixante pages de texte compact l'auteur va chercher des arguments dans la forme du crâne chez les animaux, dans l'action du stapédius et la fatigue auditive, dans le bégaiement et la respiration buccale, dans le myxœdème, le goître, le crétinisme, le rachitisme et les troubles causés par les eaux riches en sulfate de chaux ! Franchement la théorie de l'auteur gagnerait à être allégée de toutes ces longueurs à travers lesquelles il est difficile de suivre son idée directrice. M. LANNOIS.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Double conduit auditif, par HABERMANN (*Archiv. f. Ohrenheilk*, nos 1 et 2, Bd. 50, sept. 1900).

H. passe en revue les cas publiés antérieurement (Schönigjahn, Bernard, Macauln, Urbantschitsch) et ceux plus récents de Brieger et de Guranowski et fait remarquer que parmi les cas les plus anciens, certains n'appartiennent peut-être pas à la catégorie des malformations.

on petit malade, âgé de 10 ans, présentait deux ouvertures de conduit dans la conque, la supérieure, arrondie, se continuant par un vrai canal et aboutissant à un tympan ; l'inférieure, ovalaire, terminée par un petit conduit en cul-de-sac d'environ 7 millimètres. Ce canal supplémentaire renfermait un peu de cérumen et de poils. Rien d'anormal du côté du conduit et de la membrane tympanique. A la partie antérieure du tragus on voyait trois petits ap-

pendices dont la présence confirme le diagnostic de malformation congénitale. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de cicatrice.

M. LANNOIS.

Observations sur l'action de la naphthalane dans le traitement de l'eczéma de l'oreille externe, par SAGABIEL (*Münch. med. Woch.* 1900, p. 1664.)

La naphthalane, extraite d'une naphthe spéciale au point de vue physique et chimique, a été tout d'abord employée par Rosenbaum à Tiflis ; depuis, de nombreux médecins en ont vanté les effets dans diverses affections de la peau. A la clinique universitaire de Göttingen on l'a employée dans 40 cas d'eczéma dont 5 de nature absolument chronique. Dans 36 cas, les résultats ont été très beaux, l'amélioration survenant dès le lendemain, la guérison dans un espace de trois à quinze jours ; dans 4 cas, il y eut aggravation sous l'influence du topique, qui fut abandonné. Le mode d'application est fort simple : on enduit abondamment toute la région malade de naphthalane et l'on recouvre d'un pansement sec sans tissu inperméable ; l'application est renouvelée tous les jours, après nettoyage au tampon sec ou à l'huile, mais sans eau.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

A quel point de vue faut-il considérer actuellement la thérapeutique des otites suppurées chroniques et où en est la question du cholestéatome ? par E. LEUTERT (*Munch. med. Woch.* 1900, p. 1329).

On parle communément de l'otorrhée chronique et du traitement de l'otite moyenne, sans préciser davantage le siège exact de la suppuration ; les différentes parties de l'oreille moyenne ne sont pas forcément atteintes à la fois et un diagnostic précis guiderait mieux le traitement. Le siège de la perforation du tympan donne à ce point de vue des indications précieuses. Les suppurations de la muqueuse tympanale s'ouvrent au point où la membrane subit la plus forte pression, c'est-à-dire dans le segment inférieur aux environs du point d'insertion du tenseur ; souvent l'ouverture est réniforme et elle reste en général petite car sa situation permet un écoulement suffisant. Les suppurations de la trompe aboutissent à une perforation du segment antérieur, vis-à-vis de l'orifice tympanal de la trompe. Quand la suppuration est limitée à l'attique et à l'antre mastoïdien ou bien quand ces ré-

gions sont impliquées secondairement, les choses se passent autrement ; à l'état pathologique, ces régions sont le plus souvent séparées de la cavité même du tympan et le point de moindre résistance se trouve être la membrane de Shrapnell ; aussi est-elle le siège de la perforation. Enfin, dans les suppurations de l'antre mastoïdien, l'ouverture du tympan siège dans le segment postéro-supérieur ; au bout d'un certain temps, la longue apophyse de l'enclume s'infecte et se carie et la suppuration persiste de ce fait même lorsque la sécrétion de la cavité de l'antre est tarie ; l'ouverture n'a pas de tendance à s'agrandir par en haut dans ce dernier cas, tandis que la membrane est détruite jusqu'au rebord osseux lorsque la suppuration de l'antre persiste longtemps. Les perforations marginales favorisent l'épidermisation de la muqueuse par continuité et la petitesse des ouvertures conduit à l'accumulation des débris épidermiques sous forme de chole stéatomes. Deux conditions sont essentielles à la production du cholestéatome ; il faut que l'inflammation ait détruit l'épithélium cubique de la muqueuse afin de permettre la greffe de l'épithélium pavimenteux, mais il faut aussi que la suppuration soit modérée afin de ne pas détruire l'épithélium nouveau ; l'état inflammatoire de la couche sous-muqueuse est la cause de la production rapide et de la desquamation immédiate des strates de ce nouvel épiderme ; on ne peut pas toujours découvrir à l'examen histologique les traces de cette inflammation sous-épidermique dans les cas de cholestéatomes, parce que le processus est éteint, la sous-muqueuse guérie, dépourvue déjà de toute infiltration de cellules rondes. Le cholestéatome continue à s'accroître par suite de l'accumulation des produits et déchets normaux de l'épiderme ; il y a une intensité moyenne de l'inflammation qui est la plus favorable à la production des cholestéatomes ; plus vive, elle détruit l'épiderme et désagrège le cholestéatome ; plus torpide, elle fait tomber au minimum l'accroissement de la concrétion.

Lorsqu'au contraire la perforation du tympan occupe son segment inférieur, que le pus ne stagne pas, l'épithélium cubique est conservé et le pavimenteux immigre bien à travers la perforation dans les cas favorables, mais s'arrête devant l'épithélium indigène. Dans d'autres cas, il se développe à la place de l'épithélium cubique détruit, mais il arrive à former une membrane continue et la cutanéisation du revêtement de la caisse du tympan conduit à la guérison.

L'auteur discute ensuite longuement les observations des cholestéatomes vrais, d'origine pie-mérienne démontrent qu'ils sont

excessivement rares, tandis que le cholestéatome otique est tout à fait commun dans les suppurations chroniques.

Au point de vue thérapeutique, on se basera sur le diagnostic précis du siège de la suppuration ; sa résistance aux moyens employés sa durée, sa fétidité ne sont pas des indications opératoires ; l'intervention chirurgicale ne peut activer la guérison d'une pyorrhée de la muqueuse tympanale. Le meilleur mode de nettoyage consiste dans la douche d'air et les lavages par la trompe d'Eustache ; c'est la seule manière de vider complètement la caisse du tympan, ce à quoi on ne peut arriver par le conduit auditif externe.

L'auteur termine par l'indication minutieuse des opérations plus ou moins radicales, pratiquées sur les osselets, la caisse, le conduit auditif et la région mastoïdienne.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Otomycose dans les tropiques, par H. C. HIGHET (*Lancet*, 22 décembre 1900, in *New York med. record*, 5 janvier 1901).

L'auteur croit que cette affection s'observe rarement dans les régions tempérées. Toutes les observations de H. concernent des Européens de l'âge adulte. Les symptômes varient. Dans les cas types, le méat est obstrué par une substance molle d'aspect laineux. L'affection est curable lorsqu'elle est bien soignée. On grattera le champignon avec une sonde, puis on nettoiera le conduit avec une solution chaude de bichlorure de mercure. Après la disparition du champignon, on insufflera une poudre composée d'acide borique, de salicylate de bismuth et d'oxyde de zinc. On aura soin de tenir l'oreille propre et sèche.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Le traitement du processus catarrhal adhésif de l'oreille moyenne par des injections intratubaires de pilocarpine, par FISCHENICH (*Berlin. klin. Woch.*, 1900, p. 1033).

Une pratique de 45 ans a conduit l'auteur à considérer la pilocarpine comme un moyen précieux dans le traitement des otites chroniques scléreuses simples et même de celles qui se compliquent d'otite interne. Il se sert d'une solution aqueuse de chlorhydrate de pilocarpine à 2 %, en commençant par six à huit gouttes pour chaque oreille pour atteindre graduellement douze à seize gouttes par dose ; le liquide injecté dans la caisse du tympan par la trompe d'Eustache est en général résorbé du jour au lende-

main ; dans le cas contraire on attend un jour de plus avant de recommencer. Immédiatement après l'injection, le patient éprouve toujours du vertige, parfois un peu de douleur, mais ces accidents sont de courte durée. Pendant la durée du traitement on observe peu de changement quant à l'acuité auditive, mais les bruits subjectifs insupportables, les maux de tête disparaissent ou diminuent notablement dès les premières injections ; après avoir cessé les instillations de pilocarpine, on fait des insufflations d'air durant une huitaine et l'ouïe va alors s'améliorant rapidement. Voici une observation caractéristique : une femme atteinte de sclérose progressive est traitée par l'auteur pendant des années avec peu de succès d'abord, avec un résultat absolument négatif ensuite ; les insufflations, les instillations, le massage ont été faits en pure perte, si bien qu'on abandonne tout traitement pendant trois ans ; la surdité est telle que la voix très haute n'est perçue qu'au contact de l'oreille, les bruits subjectifs ont atteint une intensité des plus pénibles à endurer ; épreuve de Rinne négative, conduction osseuse exagérée. Après trente-cinq injections, la patiente entend à 5 mètres et ce résultat persiste six mois plus tard ; les bruits subjectifs sont supportables et la tête plus libre. Une nouvelle série de trente injections est faite l'année d'après et l'acuité monte à sept mètres ; six mois plus tard, elle s'est accrue spontanément jusqu'à dix mètres et les bruits subjectifs sont insignifiants ou absents. Une grippe abaisse l'acuité auditive passagèrement, mais une nouvelle cure la ramène à dix mètres où elle s'est maintenue depuis. Ce cas caractérise bien la marche du traitement dans toute une série d'observations ; l'auteur en compte 120 environ.

L'effet des injections de pilocarpine est très remarquable dans les cas de catarrhe de la trompe avec gonflement de la muqueuse ; il suffit de pousser lentement à travers la trompe quelques gouttes de pilocarpine deux ou trois fois pour rendre le passage absolument libre.

Quant au mode d'action de la pilocarpine, il est vraisemblable que l'hypérémie passagère et répétée dissocie en quelque sorte les tissus indurés et amène ainsi leur résorption. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Acide phénique pur dans les otites moyennes, par WENDELL (*Med. record*, 1900, vol. IV, p. 296).

A condition de faire aussitôt après un attouchement à l'alcool, Wendell a pu, dans les otites moyennes et les mastoïdites, employer

les attouchements avec l'acide phénique en solution très concentrée et même presque pur (solution d'acide phénique neigeux à 95 o/$_0$). Dans le cas de nécrose, Wendell prolonge le contact en grattant même la cavité avec le tampon jusqu'à quarante et soixante secondes avant d'avoir recours à l'alcool. Jamais d'accident ni local ni général. Dans l'otorrhée, ce traitement amène le plus souvent la guérison sans qu'on soit obligé de faire l'ablation des osselets. A. F. PLICQUE.

Lésions fongueuses de l'oreille, par W. K. HATCH et R. ROW (*Lancet*, 1er décembre 1900.)

Dans le but de faire ressortir la fréquence des altérations auriculaires fongueuses pendant la saison pluvieuse à Bombay, Hatch a réuni tous les cas soignés en octobre 1899, à l'hôpital Jamsetjec, Jeejeebhoy. Le diagnostic fut vérifié par l'examen microscopique, et à plusieurs reprises, Row fit des cultures sur agar-agar. Les pratriciens de Bombay parlent souvent de la fréquence de l'otite externe dans ces climats, et en général ils diagnostiquent la furonculose. La plupart du temps il s'agit de l'aspergillose, et les petites pustules rencontrées dans le conduit proviennent plutôt d'une poussée fongoïde. Dans son ouvrage, Rosa catalogue plusieurs variétés et à son avis le fongus entraîne l'eczéma du conduit et ne constitue pas une manifestation secondaire. En consultant les statistiques, on s'aperçoit qu'il existait une seule fois une affection auriculaire antérieure ; le malade avait souffert quelques mois auparavant d'une perforation et d'un écoulement qui furent enrayés par le nitrate d'argent. L'oreille demeura saine jusqu'à l'apparition du fongus ; aucun écoulement tant que les accidents restèrent latents. Avant on observa plusieurs suppurations avec symptômes inflammatoires et jamais on ne rencontra le fongus qui doit être primitif. Il engendre des manifestations variant de la surdité légère à la surdité totale, accompagnée de douleur parfois accentuée, et en tout cas d'une sensation de malaise. Souvent la membrane tympanique est oblitérée par la tumeur ou est parsemée de taches rouges. On peut diviser les altérations en deux catégories : sèches et humides ; dans ce dernier cas, on observe toujours de l'eczéma et un écoulement auriculaire aqueux ou légèrement purulent, avec un faible degré de surdité et une sensation de plénitude. Presque toujours on rencontre l'aspergillus niger. Lorsque l'épithélium présente un aspect humide, il est parsemé de particules blanchâtres assez difficiles à distinguer de prime abord.

Après leur ablation suivie de lavage, les parois du conduit apparaissent rouges, privées d'épithélium, souvent irrégulières, avec de petits furoncles et des gonflements et la membrane tympanique revêt une teinte rougeâtre. Fréquemment l'aspergillus se montre à la surface des petites pustules épithéliales.

Dans la variété sèche, les symptômes douloureux, le malaise et la surdité s'observent aussi, mais l'écoulement fait défaut, et le conduit est obstrué par des débris épithéliaux mêlés de parcelles jaunes, blanches ou brunâtres, répandues à la surface, ou bien les parois du conduit sont revêtues d'une croûte de couleur sombre, sur laquelle le fongus prend racine. L'apparence est analogue à celle de la rhinite lorsque des croûtes sèches tapissent la surface de la muqueuse ; on distingue le tympan, mais sa surface est occupée partiellement par des champignons analogues à ceux du conduit. Parfois on rencontre des taches tympaniques, qui disparaissent difficilement. Après le lavage, les parois du conduit sont rouges, mais sèches et la membrane tympanique est moins souvent enflammée que dans la variété humide. Le diagnostic se fait rapidement d'après quelques observations et l'examen microscopique le confirme.

Le traitement est le même pour les deux catégories ; il consiste en lavages et en applications à parties égales d'iodoforme et d'acide borique. Désinfection du conduit avec du salol camphré. En tout cas, il faut surtout s'attacher au nettoyage et à l'assèchement.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Epithéliome de la caisse avec symptômes pseudobulbaires, par M. Sugar (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, nos 1 et 2, Bd. 50, sept. 1900).

Homme de 36 ans, atteint d'un cancer inopérable de la caisse à droite. Il présente une paralysie faciale droite, une paralysie avec atrophie de la moitié droite de la langue, de l'agueusie du même côté, de la paralysie de la corde vocale droite en position cadavérique. C'est une série de paralysies que l'on trouve lorsque les noyaux sont atteints au niveau du quatrième ventricule. Mais en réalité il ne peut s'agir dans ce cas que de lésions des nerfs dans leur trajet, englobés qu'ils sont dans les prolongements de la tumeur du côté des os du crâne. Pas d'autopsie.

M. LANNOIS.

Quelques considérations sur l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, par Bride P. (*Lancet*, 18 mai 1901).

L'auteur rapporte d'abord 1 cas dans lequel une petite perforation de la membrane du tympan du côté gauche, récente, ne guérit qu'après évacuation d'un empyème du sinus maxillaire droit.

A ce propos l'auteur discute successivement plusieurs questions intéressantes.

1° *Rapports entre l'otite moyenne aiguë et les affections du nez et du naso-pharynx.* — On ne sait pas assez qu'il est une forme de végétations adénoïdes qui ne s'accompagne d'aucun autre trouble et qui, cependant, peut être responsable d'otites récidivantes. Le malade respire parfaitement ; il peut être sujet à des rhumes de cerveau, mais il n'y attache pas beaucoup d'importance.

Par la rhinoscopie postérieure cependant, on découvre une nappe de tissu adénoïde occupant l'espace situé entre les deux trompes d'Eustache et prenant manifestement sur leurs bords.

Par l'exploration digitale on pourra sentir l'amas de tissu lymphoïde, mais en remarquant qu'il est peu volumineux. Dans de semblables cas, cependant, les récidives d'otite aiguë seront arrêtées par l'ablation du tissu adénoïde.

2° *Quelle est la meilleure méthode de traiter l'otite moyenne aiguë après qu'il y a eu perforation artificielle ou spontanée ?* — La méthode qui consiste à tamponner le conduit avec la gaz stérilisée après l'avoir aseptisée aussi complètement que possible, n'est pas applicable à tous les cas.

A l'avenir, l'auteur ne l'appliquera qu'avec une grande prudence, ou pas du tout, quand la perforation sera petite et que la membrane tendra à bomber. Il est actuellement de mode de décrire l'emploi de la poire de Politzer et même du cathéter, dans tous les cas où la suppuration continue. Chez la plupart des patients où il n'y a pas d'infection du nez ou du naso-pharynx, et où le drainage de la caisse n'est pas difficile à cause de la perforation, l'auteur est porté à avoir encore recours à ces deux méthodes.

Si elles paraissent utiles, il n'est pas disposé à les abandonner parce qu'elles sont, hypothétiquement et théoriquement, dangereuses.

3° *A quel moment la question de l'opération sur la mastoïde se posera-t-elle ?* — Deux conditions, après l'apparition de la perforation, sont susceptibles d'indiquer que l'otite causera des ennuis ;

ce sont un écoulement excessivement abondant et une petite perforation dans une membrane qui bombe. Quand l'écoulement est tellement abondant qu'il est difficile de croire qu'une aussi grande quantité peut venir de la caisse seule, on verra généralement, après un temps variable, apparaître de la sensibilité même de la douleur spontanée au niveau de l'apophyse.

En présence d'une perforation petite sur une membrane bombée, le chirurgien est souvent en peine pour assurer le meilleur drainage de la caisse. Une large incision est efficace pour un moment, mais, comme chacun sait, se ferme bientôt. Le moindre signe d'inflammation de la mastoïde excusera l'opération.

Il est de la plus haute importance que l'oreille moyenne soit respectée, et pour cette raison on adoptera la méthode de Schwartze, avec l'ablation de toute la partie d'os ramollie, qui pourra être trouvée dans la pointe de l'apophyse.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Recherches bactériologiques et cliniques sur les complications des otites purulentes aiguës et chroniques, par E. Leutert (*Archiv. für Ohrenheilk.*, Bd.. 46, p. 272, et Bd. 47, Hft. 1 et 2).

Leutert a trouvé dans 63 cas de *mastoïdite par otite aiguë* : le *streptocoque* en culture pure, trente-huit fois ; mélangé à d'autres, deux fois ; le *pneumocoque* en culture pure, onze fois ; douteux, deux fois ; le *staphylocoque blanc* en culture pure, cinq fois ; associé au pneumocoque, une fois ; le *bacille de Koch* pur, deux fois ; associé, une fois.

Dans 10 cas d'*abcès sous-dure-mériens* par otite aiguë : le streptocoque pur, deux fois ; le pneumocoque pur, six fois ; le staphylocoque blanc, une fois ; et un cas de pneumocoque douteux.

Dans 3 cas d'abcès périauriculaire sans participation de la mastoïde, le streptocoque pur, deux fois ; le staphylocoque pur, une fois.

Dans 5 cas d'empyème mastoïdien par inflammation purulente chronique, le staphylocoque blanc pur, une fois ; associé au bacille pseudo-diphtéritique, une fois ; avec un bâtonnet mal défini, deux fois, et avec le streptocoque, une fois.

Dans l'abcès épidural consécutif à une inflammation chronique, deux fois le staphylocoque associé.

Dans 4 cas d'empyème aigu avec thrombose des sinus, le streptocoque pur, trois fois ; associé avec l'aureus et un bâtonnet, une fois.

Dans 2 cas d'empyème avec thrombose sinusienne par inflammation chronique, une fois le staphylocoque blanc associé avec le bactérium coli commun et une fois avec un bâtonnet.

Dans 7 cas d'abcès du cerveau : le streptocoque pur, une fois ; associé avec un bâtonnet, une fois ; avec le staphylocoque blanc, une fois et avec le proteus vulgaris, une fois ; un bâtonnet pur, une fois ; le bactérium coli pur, une fois ; le proteus pur, une fois.

Il indique ainsi qu'il a trouvé le bacille pyocyanique pur dans 4 cas de périchondrite du pavillon, le staphylocoque blanc et un bâtonnet dans un cas d'abcès du pavillon et que dans deux cas d'othématome, les cultures sont restées stériles. M. LANNOIS.

II. — *NEZ ET SINUS*

La chamæprosopie et la syphilis héréditaire dans leurs rapports avec la platyrrhinie et l'ozène, par Gerber, de Königsberg (Vol. X, fasc. I, p. 119).

L'auteur est partisan convaincu de la théorie de l'ozène-entité morbide, ozène spontané, absolument indépendant des suppurations du nez et de ses sinus ; la rhinite atrophique fétide est fréquente sur le littoral septentrional de l'Allemagne ; ainsi l'auteur en a vu, en deux ans, 182 cas sans 1 cas de suppuration nasale concomitante, tandis que quatre-vingt-trois empyèmes n'offraient nullement le tableau de l'ozène vrai.

1° L'ozène vrai existe dans les cas d'arrêt de développement de la charpente osseuse du nez, lié à des métaplasies épithéliales et des processus atrophiques de la muqueuse ; 2° ces arrêts de développement du nez se relient à une forme crânienne définie, la chamæprosopie-platyrrhinie; la syphilis héréditaire figure comme l'une des causes de l'arrêt de développement du nez ; 3° exceptionnellement la rhinite atrophique fétide peut être produite par un élargissement des narines et une métaplasie épithéliale provenant d'autres causes. M. N. WILBOUCHEWITCH.

La glande surrénale dans la fièvre de foin, par Beaman Donglan (*New-York med. journal*, 12 mai 1900).

Donglan regarde la glande surrénale comme le véritable spécifique de l'hay-fever. Il conseille toutefois de l'associer aux trai-

tements locaux classiques. L'effet est alors bien plus rapide. Le mieux est de faire des pulvérisations avec une solution renfermant 6 à 12 % d'extrait sec. Ces pulvérisations sont faites toutes les deux heures environ. Les badigeonnages peuvent être également employés. En même temps on donne à l'intérieur 0gr,30 de glande surrénale, desséchée et saccharifiée. On répète cette dose toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'apparaissent quelques palpitations. Il est très utile de continuer à donner préventivement deux tablettes par jour, tant que dure l'hay-fever. A. F. PLICQUE.

Occlusion congénitale des choanes, par J. Morf, de Winterthur (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. X, fasc. I, p. 173, 1900).

Description détaillée d'un cas d'occlusion congénitale de la choane gauche ; la membrane oblitérante a été excisée à l'âge de 43 ans. Le cas ne présente pas de particularités notables, sauf le fait que la moitié gauche de la face transpirait plus facilement que la droite, ainsi que l'a observé dans un autre cas Zaufal.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

De la présence de blastomycètes dans les polypes muqueux du nez, par O. Barrago-Ciarella, de Naples (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. III. p. 1900).

L'auteur a pu colorer par des couleurs d'aniline des corpuscules très caractéristiques dans le tissu conjonctif des polypes muqueux et ces corpuscules sont des blastomycètes, semblables absolument à ceux qui ont été décrits dans quelques lipomes et carcinomes. Les blastomycètes n'ont pas été trouvés dans tous les polypes examinés, peut-être faute d'un nombre suffisant de coupes ; les plus nombreux appartenaient à des polypes à prolifération très rapide, quoiqu'on ne soit pas autorisé à attribuer la prolifération à la présence de ces microorganismes. Voici la méthode de coloration qui a donné les meilleurs résultats : les coupes débarrassées de la paraffine sont passées à l'alcool absolu, puis mises dans une solution de cochenille dans laquelle elles restent un quart d'heure à la température du poêle et ensuite encore de une à vingt-quatre heures; lavage à l'eau distillée, violet de méthyle d'Ehrlich pendant trois à neuf minutes, deuxième lavage, solution de Gram deux à trois minutes, séchage, puis bain dans l'huile d'aniline, éclaircissement dans le xylol et montage au baume de Canada. Le tissu du polype est rouge, les blastomycètes violets se voient soit à l'intérieur, soit en dehors des cellules, mais toujours à la périphérie de la tumeur,

dans le tissu conjonctif sous-épithélial ; on le trouve exceptionnellement dans le corps même du polype, et dans ce cas ce sont des parasites adultes isolés, tandis qu'ailleurs ils se groupent au nombre de deux à dix et de toutes les dimensions. Quinze figures nous montrent l'aspect sous lequel ils se présentent.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Pourquoi les polypes du nez récidivent, par Cholewa, de Cassel (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 103, 1900).

L'auteur discute à fond toutes les théories des polypes du nez et tend à démontrer que les polypes récidivants ne peuvent repousser de la muqueuse et conclut des études anatomo-pathologiques, d'autres auteurs et des siennes propres, à l'origine osseuse des polypes récidivants, de là à l'origine primitive des polypes à la faveur de l'ostéomyélite subaiguë. M. N. WILBOUCHEWITCH.

De l'hyperplasie, de la dégénérescence polypeuse du cornet moyen, des polypes du nez dans leurs rapports avec la partie osseuse de la lame criblée, par H. Cordes, de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. XI, fasc. II, 1900).

L'auteur fait un exposé fort complet et clair de l'historique de la question, des opinions radicalement opposées quant à l'existence ou à l'absence des lésions osseuses masquées par l'hypertrophie de la muqueuse ; il expose les travaux des principaux auteurs et passe ensuite aux siens propres.

L'ablation partielle ou totale du cornet moyen est une opération très souvent indiquée et sans conséquences fâcheuses, aussi l'auteur la pratique-t-il couramment, ce qui lui a fourni de nombreuses pièces propres à l'étude histologique, ainsi qu'en témoignent les vingt-quatre observations détaillées, accompagnées de douze figures microscopiques.

L'étude anatomique aboutit aux conclusions suivantes : l'hyperplasie, la dégénération polypeuse, quelques polypes sont dus à un même processus inflammatoire de la muqueuse, à des degrés plus ou moins avancés.

L'inflammation de la muqueuse entraîne une hyperplasie de l'os sous-jacent.

Les polypes muqueux sont le produit d'une exsudation séreuse de la muqueuse, mais dans les cas prolongés, récidivant, l'os est toujours atteint ; l'os présente soit une simple infiltration du périoste et de la moelle, soit une périostite proliférante et de l'os-

téite. L'altération de l'os peut être due à une infection primitive (f. typhoïde, scarlatine, influenza), ou bien elle est la conséquence de l'inflammation de la muqueuse ou des sinus. Lorsqu'il y a récidive de polypes bien enlevés, il faudra enlever les parties malades de l'ethmoïde osseux, car la guérison spontanée de l'os est exceptionnelle.

Les polypes ne sont pas pathognomoniques des empyèmes, mais les empyèmes sont une des causes de leur production.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Les tumeurs de la cloison du nez à l'exception des néoplasmes malins, par HASSLAUER, de Würzburg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. I, p. 60, 1900).

L'auteur a réuni les matériaux dont il a pu disposer à la clinique du professeur Seifert et les statistiques publiées sur ce sujet, et il nous donne une revue complète des tumeurs bénignes de la cloison avec un certain nombre d'observations caractéristiques ou exceptionnelles.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

De l'existence du rhodane dans les sécrétions nasale et lacrymale, par O. MUCH (*Münch. med. Woch*, 1900, p. 1168).

La présence du rhodane dans la salive est connue ; ce liquide se colore en brun lorsqu'on ajoute une solution faible de chlorure de fer aiguisée d'un peu d'acide chlorhydrique ; la coloration est due à la production du rhodanide de fer. L'auteur a pu obtenir la même réaction avec la sécrétion nasale, mais le rhodane est évidemment contenu dans la partie fluide de la sécrétion, le mucus en contient fort peu ou pas du tout. Une autre réaction, plus sensible, consiste dans l'adjonction d'un peu d'acide iodhydrique (réaction de Sodera) et voici comment on procède : du papier filtré chimiquement pur et trempé dans un mélange d'acide iodhydrique concentré, d'acide chlorhydrique dilué et d'empois d'amidon ; puis des bandelettes de papier desséché sont introduites dans les fosses nasales, elles se colorent en bleu.

Sur un sujet dont les sacs lacrymaux ne communiquaient plus avec les fosses nasales, l'auteur a pu démontrer que le rhodane de la sécrétion nasale ne provenait pas du liquide lacrymal. Chez quelques ozéneux, l'auteur a constaté que la réaction du rhodane était extrêmement faible aussi bien dans le nez que dans la bouche ; il y aurait peut-être lieu de tenir compte du pouvoir bactéricide du rhodane.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Iodisme aigu après l'ingestion d'iodure de potassium en rapport avec la présence du rhodane dans la salive et les sécrétions du nez et de la conjonctive, par O. Muck (*Münch. med. Woch.* 1900, p. 1732).

Depuis quelque temps, l'auteur fait des recherches sur les altérations de la sécrétion salivaire dans les cas où la corde du tympan est impliquée dans le processus inflammatoire et destructif de l'oreille moyenne ; il a vu ainsi quelques cas de salivation exagérée, et dans ces mêmes cas absence totale et durable de rhodane dans la salive. L'iodure de potassium a été parfaitement supporté par les personnes dont la salive contient très peu ou ne contient point de rhodane tandis que l'iodisme se manifestait chez ceux qui offraient la substance en abondance. Cette notion a son importance clinique ; ainsi dans un cas de rétrécissement de la glotte, avant d'instituer le traitement ioduré, on examina les sécrétions et on constata l'absence du rhodane ; l'iodure peut être administré sans la crainte de voir survenir un œdème de la glotte qui aurait été fort grave. Il faut faire observer que l'iodisme ne se manifeste qu'au niveau des muqueuses dont les sécrétions peuvent contenir du rhodane ou en recevoir des glandes voisines.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Des vertèbres proéminentes dans le naso-pharynx, par Carl Magenan, de Heidelberg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. XI, fasc. I, 1900).

Il s'agit de la saillie anormale de l'atlas et de l'axis qui peut aller jusqu'à obstruer partiellement le pharynx nasal. L'auteur a trouvé dans les registres de la policlinique de Heidelberg, depuis 1891, 28 cas de ce genre, dont 12 ont été observés par lui-même dans l'espace des quatorze derniers mois ; il en conclut fort judicieusement que cette disposition, loin d'être rare, comme le feraient croire les données littéraires, sera trouvée fréquente quand on la recherchera systématiquement. Elle passe inaperçue parce que chez l'adulte la proéminence n'entraîne pas de troubles fonctionnels. Zuckerkandl considère la proéminence comme une exagération du tubercule normal de l'atlas ; dans un certain nombre d'observations il s'agit de diverses saillies pathologiques, telles d'ecchondroses, exostoses ou lésions inflammatoires. Après avoir examiné un grand nombre de cadavres, l'auteur a trouvé chez quatre d'entre eux, dont deux enfants, des proéminences vertébrales, et l'examen anatomique

des vertèbres lui a montré dans ces 4 cas que la saillie était due au développement considérable du tubercule de l'atlas, de la crète antérieure de l'axis et de la bandelette qui les unit ; de plus, les colonnes cervicales étaient notablement lordosiques et deux d'entre elles latéralement déviées. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Le catarrhe nasal, par ORLANDS DOUGLAS (*New-York med. journal*, 2 juin 1900).

Le catarrhe nasal est avant tout une obstruction nasale. Son histoire se rattache à celle de la chirurgie du septum nasal et des cornets. Il faut avant tout chercher et traiter les hypertrophies, les déflexions, les exostoses, les enchondroses.

Les moyens chirurgicaux d'ablation sont plus sains et plus fidèles que les caustiques et même que le galvanocautère. La résistance de la muqueuse nasale à l'infection paraît très grande. On sait qu'elle arrête la plupart des germes de l'air. Ses plaies guérissent très facilement. A. F. PLICQUE.

Recherches psychologiques sur l'aprosexie nasale, par KAFEMANN, de Königsberg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. III, 1900).

L'auteur, parfaitement habitué au port d'une canule nasale qui ne provoque plus aucune sensation par sa présence même, a fait une série d'expériences sur sa propre activité cérébrale en se mettant alternativement dans deux conditions différentes : la respiration nasale laissée libre à travers le tube, et la respiration nasale partiellement entravée par l'obstruction du tube, mais pas au point de nécessiter la respiration buccale. Les expériences ont été faites au laboratoire psychologique du Prof. Kräpelin, à Heidelberg, suivant les méthodes classiques.

Sans entrer dans les détails, disons que l'activité cérébrale s'est trouvée constamment diminuée par l'obstruction nasale, cette activité étant mesurée par la rapidité de perception, la somme de travail fournie en un espace de temps déterminé, etc. Les recherches dans cette direction demandent à être multipliées.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Du sclérome, en particulier dans la Prusse orientale, par P. H. GERBER, de Königsberg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. X, fasc. III, Berlin, 1900).

Dix observations détaillées, dont une seule de rhinosclérome

classique, encore était-il associé au carcinome. Les neuf autres observations présentent les traits communs suivants : 1° le nez extérieur était normal dans tous les cas, tandis qu'il est atteint 80 fois sur 87 cas de Walkowitsch ; 2° l'intérieur des narines était normal dans 2 cas, dans 3 autres il y avait de l'ozène, dans 1 cas de la rhinite hyperplasique, dans 3 seulement le sclérome typique ; 3° dans le nasopharynx, le septum se trouvait élargi et les choanes rétrécies dans tous les 9 cas ; une fois il y avait de plus une forte hypertrophie de l'amygdale pharyngée ; 4° dans aucun des cas il n'y avait d'altération du pharynx buccal ; 5° dans 3 cas, infiltration diffuse de la muqueuse laryngée avec sténose sus-glottique ; dans 6 cas, sténose sous-glottique, l'une et l'autre associées parfois à de l'ozène trachéal ; 6° l'examen histologique et bactériologique a été fait six fois, dont 3 avec résultat positif, 1 cas négatif et 2 où l'examen bactériologique a seul été fait avec résultat positif ; 7° 4 cas étaient originaires de la Pologne russe, 5 de la Prusse orientale au voisinage de la frontière.

Le sclérome de cette région est donc évidemment une forme relativement bénigne, atténuée, car ce ne sont pas des cas où la maladie était à son début.

Douze figures. M. N. WILBOUCHEWITCH.

100 cas de sclérome, par BAUROWICZ, de Cracovie (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. III, 1900).

Ce grand nombre de cas de sclérome a été observé à la clinique du Prof. Pieniazek dans l'espace de six ans. L'auteur fait, bien entendu, une revue générale et historique de la question avant de donner ses 100 observations très résumées. Il en résulte que la Galicie entière est infectée par le mal, avec prédominance dans les districts orientaux ; 10 cas viennent d'ailleurs de Russie. Sur 100 cas, le nez était indemne 14 fois et le naso-pharynx 9 fois. Chiffres à comparer à ceux de Gerber ; disons encore que la trachéotomie a été faite dans 31 cas et renvoyons à l'ouvrage même pour les nombreuses données statistiques tirées de ces observations. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Un cas de sclérome des voies respiratoires, par THAD. MAJEWSKI de la clinique du Prof. Schrötter (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 249, 1900).

L'intérêt de l'observation réside en ce que l'on a pu croire à l'association du sclérome et de la tuberculose, tandis qu'il y a eu,

en réalité, adjonction tardive d'une tuberculose pulmonaire au sclérome des voies supérieures. Deux figures.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Bacilles tuberculeux dans les fosses nasales de l'homme sain, par Noble Jones (*Med. record.*, 1900, vol. II, p. 285).

L'auteur a repris les recherches bactériologiques de Straus. Il a constaté la fréquence de bacilles tuberculeux virulents dans les fosses nasales de sujets sains, surtout quand ils soignent des tuberculeux. Mais le point curieux est la mort fréquente à la suite des inoculations non seulement par tuberculose, mais par péritonite aiguë, septicémie, congestions pulmonaires.

Le staphylocoque, le tétragène, parfois le steptrocoque, sont la principale cause de ces complications. A. F. PLICQUE.

Oblitération congénitale des choanes, par M. Baurowicz, de Cracovie (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. XI, fasc. I, 1900).

Un homme de 22 ans se présente à la clinique, parce que l'impossibilité de respirer par le nez l'a fait réformer au conseil de révision.

La membrane obturatrice, osseuse, mais pas résistante, fut facilement enfoncée et ensuite excisée; le malade put aussitôt respirer, et dès le lendemain il perçut quelques odeurs.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Kystes du cornet moyen, par M. Alb. Sundholm (*Finska Läkar. Handlingar*, décembre 1900).

Très souvent ces kystes échappent à l'observation, malgré leur fréquence relative, parce qu'ils sont habituellement petits et donnent peu de symptômes. Il en rapporte 3 cas, 2 chez des femmes, 1 chez un homme, et dit n'en avoir trouvé que 2 autres cas chez l'homme, dans toute la littérature. Dans un de ces cas, le kyste avait la forme d'un œuf et mesurait 4 centimètres de long. L'auteur estime qu'il ne s'agit là que de cellules ethmoïdales anormalement développées dans le cornet moyen. M. LANNOIS.

Deux cas rares de sarcomes naso-pharyngiens, par S Rontaler (*Cras. Lekarshi*, n° 7, 1899, *in Arch. f. Ohrenh.* Bd 49, Hft. 1, 1900).

1° Homme de 40 ans, robuste, atteint simultanément d'un sar-

come rhino-pharyngé et d'une tuméfaction leucémique importante des glandes du cou.

2° Malade de 28 ans, porteur d'une tumeur localisée à la cavité naso-pharyngienne et chez lequel les ganglions ne se manifestèrent qu'à la suite d'une récidive. Dans les 2 cas, il y eut récidive suivie de mort. SAINT-CLAIR THOMSON.

Balle dans la tête, extraite par le nez au bout de vingt mois, par E. WOAKES (*Lancet*, 6 janvier 1900).

Ancien soldat, âgé de 24 ans, vint consulter le 14 juin 1899, pour un écoulement fétide de la narine gauche. Il raconta que le 20 octobre 1897, au cours d'un combat sur les hauteurs de Dargai, il fut frappé par une balle qui pénétra dans le crâne juste au-dessous de l'éminence frontale gauche. Il perdit connaissance, mais fut soigné et guérit rapidement, on sutura la plaie superficielle de l'occiput. Au même moment, il expectora une parcelle de plomb. Le malade entra à l'hôpital où il subit l'ablation de l'œil gauche crevé par la balle. En examinant la fosse nasale gauche, on la trouva presque totalement obstruée par une étroite bande de muqueuse partant de la paroi externe de la cloison qu'on excisa après cocaïnisation. Par l'introduction d'une sonde à l'intérieur du nez, on reconnut l'existence d'un corps dur, en partie mobile, encastré dans du tissu granuleux. Cet examen ayant entraîné une hémorrhagie, on prescrivit des lotions antiseptiques et astringentes en recommandant au malade de revenir la semaine suivante.

Le 21 juin, on introduisit dans la fosse nasale une pince solide et on ramena sans accident un fragment de plomb irrégulier auquel était attaché un débris de casque, le tout recouvert de croûtes et de pus fétides. L'hémorragie post-opératoire fut rapidement enrayée par des lavages antiseptiques que le malade fit durant une semaine, au cours de laquelle sortirent plusieurs parcelles osseuses. En plus de l'écoulement, le malade souffrait de céphalalgies qui disparurent par la suite. La balle mesurait un pouce de long, 5/8 de pouce de large et 3/8 de pouce d'épaisseur ; elle pesait 343 grammes. Actuellement le malade porte une escharre sur l'éminence frontale. L'œil gauche est détruit, ainsi que les deux tiers antérieurs du cornet inférieur ; il reste une petite cicatrice étoilée sur le plancher buccal à gauche de la ligne médiane.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Le nez de chien (henpuye) dans la colonie de la Côte-d'Or, par A. J. Chalmers (*Lancet*, 6 janvier 1900).

Cette hideuse déformation est très répandue dans la colonie de la Côte-d'Or et certaines régions de son *Hinterland* et elle frappe tous ceux qui vivent dans cette partie de l'Ouest africain.

On la connaît aussi sur la côte d'Ivoire française sous le nom de *goundu* ou *anakhre*, mais *henpuye* est l'appellation primitive Appolonian) de cette maladie sur la Côte-d'Or.

Les particularités de cette affection et le peu de notions qu'on possède sur sa nature, ont décidé l'auteur à publier son travail.

Le *henpuye* survient chez les naturels de l'Afrique de l'Ouest au cours ou aussitôt après une crise de *pian*, lorsque la muqueuse nasale est affectée sous forme d'un léger gonflement symétrique osseux des deux côtés du nez. Cette tuméfaction est généralement ovalaire, son axe part de l'os nasal, du processus nasal, du maxillaire supérieur, et aussi, dans certains cas, du maxillaire inférieur. Elle est due à la formation de nouveaux os sous-périostaux, à l'aspect extérieur de ces os et à leur prolifération dans tous les sens. Elle n'attaque jamais la bouche, l'orbite ni le nez, et les fosses nasales sont normales. Il est rare que la tumeur soit asymétrique et siège seulement d'un côté du nez.

Au début, les malades accusent seulement une gène nasale, plus tard ils ressentent des maux de tête et souffrent de leur tuméfaction lorsque le temps est humide. Quand la tumeur gagne du terrain et s'étend du côté de l'œil, elle entrave la vue, mais l'auteur n'a jamais observé la destruction du globe oculaire. Les tumeurs restent stationnaires ou croissent notablement, jamais on ne les voit s'ulcérer. On distingue plusieurs catégories de cas, d'après leur développement ; quant au traitement, on a échoué avec l'iodure de potassium. La seule thérapeutique efficace semble être l'intervention opératoire.

Au point de vue anatomo-pathologique, le périoste est rapidement détruit et on trouve au-dessous une mince couche osseuse semblant un pen rigide. Le reste de la tumeur est constitué par des os détruits. A l examen microscopique, on reconnaît une ossification de la membrane d'un aspect général de périostite ostéoplasique.

A propos de l'étiologie, on a avancé deux hypothèses ; la tuméfaction serait une affaire de race, ou elle proviendrait de la larve d'un insecte.

Par rapport à la première idée, cette lésion est répandue chez

les Ashantis, les Grunshis, les Fantees, les Ahantas, etc., toutes races fort dissemblables, ce qui rend cette opinion insoutenable. Quant à la présence d'une larve, ce n'est qu'une supposition. D'autre part, on sait que la tumeur apparaît toujours au cours de l'éruption du pian ou immédiatement après. Puis les malades accusent de nouveau des douleurs nasales, et parfois le gonflement est précédé d'un écoulement qu'on peut attribuer à l'irritation ou à l'ulcération de la muqueuse nasale par le pian.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Réflexes adénoïdiens, par THOMAS (*Rev. de laryng.*, 27 janvier 1900).

L'auteur rapporte l'observation curieuse de deux enfants guéris, l'un d'un hoquet rebelle, l'autre de photophobie intense, par ablation de leurs végétations. H. RIPAULT.

Corps étranger (bouton) logé pendant un an dans la fosse nasale, simulant une rhinorrhée scrofuleuse, par JULIAN ALVAREZ (*Rev. Balear de Ciencia med.* in *Siglo med.*, 4 mars 1900).

Enfant de 6 ans amenée à l'auteur pour une scrofulose nasale diagnostiquée par plusieurs confrères et traitée par l'iode et l'huile de foie de morue.

A l'examen, A. reconnut que l'orifice nasal était rouge et que vers la partie confinant à la lèvre supérieure, il existait un érythème ulcéreux provoqué par l'isse du muco-pus des fosses nasales, et il insista pour pratiquer la rhinoscopie à laquelle la mère de la fillette ne voulait pas consentir. Sitôt que le stylet pénétra dans la narine, il rencontra un corps étranger dur et mobile, il recourba immédiatement son instrument afin de saisir le corps du délit, et fit sortir un bouton de guêtre en pâte de porcelaine, couvert de croûtes et de mucosités, qu'il montra à la mère en lui expliquant que là était l'origine de la scrofule de l'enfant. En effet, sous l'influence des soins de propreté, tout écoulement cessa à la suite de l'extraction du corps étranger.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Deux cas de corps étrangers des fosses nasales, par COSTINIU (*Spitalul*, n° 9, 1899 ; in *Arch. de méd. des enfants*, avril 1900).

En janvier 1895, on amène à l'auteur une enfant de 3 ans chez laquelle l'œil gauche larmoie constamment depuis six ou huit jours. Un oculiste appelé diagnostique une dacryocystite. Le père

effrayé la conduit chez Costiniu qui s'aperçoit que la narine gauche est plus développée que la droite. Malgré les soupçons du médecin, le père dit que l'enfant ne s'est rien introduit dans le nez. Après avoir pratiqué la rhinoscopie antérieure, C. retire avec une pince un noyau d'hélianthe de la fosse nasale gauche, qui avait triplé de volume. La dacryocystite et l'irritation oculaire disparurent dès le lendemain.

Le deuxième cas concernait une fillette de 4 ans, amenée à la consultation parce qu'elle ronflait et dormait la bouche ouverte. Pas de végétations adénoïdes, on découvre dans les fosses nasales du pus fétide cachant des fragments caillouteux, profondément implantés. Extraction des corps étrangers suivie de lavages des fosses nasales; rétablissement complet.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Carcinome fongueux du nez, par KONZERT (*Wissensch. Aerztegesells.*, *in Insbrück ; Wiener klin. Woch.*, 15 février 1900).

Vieillard de 72 ans, porteur, depuis six mois, d'une tumeur qui s'est ulcérée depuis 14 jours. La pointe du nez est occupée par une tumeur grosse comme une noix, ulcérée surtout à droite. Pas de dépôt à la base de l'ulcération, écoulement séro-sanguin, pas de boutons épithéloïdes. La tumeur est de consistance élastique. La peau du dos du nez présente un léger acné rosacé, les veines sont dilatées. Vu l'impossibilité de l'existence d'une gomme, on songea au sarcome ou au cancer. On excisa un fragment du bord ulcéré dont on fit des coupes après durcissement dans la formaline, mais on ne put établir un diagnostic précis et on admit qu'il s'agissait, soit d'un adéno-carcinome, soit d'un sarcome péri-vasculaire. SAINT-CLAIR THOMSON.

Vomissements presque incoercibles liés à la rhino-pharyngite et aux végétations adénoïdes, par BRETON (de Dijon) (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1900).

Histoire intéressante d'un enfant de 5 ans qui présentait des vomissements alimentaires depuis environ un an. Ces vomissements étaient presque quotidiens, s'accompagnaient d'une dilatation stomacale avec dénutrition et dépérissement.

L'enfant était un adénoïdien-type avec rhinite double et adénoïdes énormes. Le traitement général et stomacal ayant été essayé en vain, le cavum fut râclé, le nez soigné et tous les troubles gastro-intestinaux disparurent. GEORGES LAURENS.

Traitement opératoire des déviations de la cloison nasale, par W. B. Shields (*Med. record*, juillet 1899; in *Laryngoscope*, janvier 1900).

Lorsque la cloison est mince et mobile, l'auteur n'est pas d'avis de recourir à l'opération de Asch, la déviation récidivant tôt ou tard; parmi les interventions, il donne la préférence aux procédés de Asch et d'Hajek et surtout le dernier qui met le malade à l'abri des récidives. S. décrit l'opération de Hajek qui se pratique de la même manière que celle de Gleason.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Observations sur l'opération de Asch pour déviation de la cloison cartilagineuse, par Max Thorner (*Rev. de laryng.*, 26 mai 1900).

Cette opération est, par sa simplicité et sa rapidité d'exécution, une des meilleures qu'on puisse employer pour redresser la cloison. Ses résultats sont, en général, bons et permanents; peu de cas lui échappent. L'opération doit être faite de préférence sous anesthésie générale et réclame plusieurs instruments spéciaux qui en facilitent l'exécution.

Manuel opératoire et soins doivent être lus dans l'original qui est très clair.

H. RIPAULT.

Un cas de périchondrite et de périostite aiguë de la cloison nasale, d'origine dentaire, par Killian (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 155).

Un homme d'une trentaine d'années souffre pendant quelques jours de la deuxième incisive supérieure gauche, qui paraît saine extérieurement; au bout de deux jours, il survient de l'obstruction de la narine gauche, puis une violente céphalalgie naso-frontale avec une fièvre vive, enfin, au septième jour, une grande quantité de pus se mit à couler de la narine gauche. L'auteur examina le malade plusieurs jours après et trouva la muqueuse pituitaire décollée de la cloison à gauche, très tuméfiée et recouverte de pus; il fit une incision depuis le bord de la narine jusqu'au vomer et prolongea cette incision jusqu'à la limite postérieure de la cloison quelques jours plus tard, car le pus s'accumulait encore entre la muqueuse et la cloison; la guérison fut obtenue en quinze jours, sans élimination de séquestres et la cause de cet abcès resta inexpliquée, car la dent qui avait été douloureuse, tenait solidement et n'était pas cariée. Six mois plus tard, cette dent fit en-

core souffrir le patient qui la fit arracher et l'alvéole n'avait pas cessé de suppurer depuis et pendant deux mois ; l'auteur sonda la cavité et trouva ainsi que l'abcès occupait la partie cunéiforme du maxillaire jusqu'au plancher des fosses nasales et qu'il était limité par une membrane ; la gencive fut incisée, la paroi de l'abcès incisée et grattée et la cavité se combla en deux mois. Il s'agissait d'un kyste alvéolaire suppuré. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Restauration du nez sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux, par BERGER (Académie de médecine, 27 février 1900).

Je vous présente un homme dont le nez avait été détruit en totalité et n'était plus représenté que par un trou béant.

Après une désinfection minutieuse, j'ai procédé à la restauration de cet organe de la façon suivante : deux lambeaux triangulaires dont la base d'implantation correspondait aux bords latéraux du trou qui représentait l'orifice antérieur des fosses nasales furent disséqués et rabattus de dehors en dedans sur cet orifice, offrant ainsi leur face cutanée en arrière, leur face cruentée en avant, et leurs bords externes venant se juxtaposer sur la ligne médiane où on les réunit par une suture très soignée. Sur la face antérieure cruentée de ces lambeaux, j'appliquai la face cruentée d'un grand lambeau taillé sur le front et dont les bords furent réunis par une suture aux bords de la perte de substance créée par une dissection des lambeaux de la face. Mais, auparavant, j'avais fixé sur l'épine nasale et sur les branches montantes des maxillaires supérieurs les extrémités d'un support en platine.

Ce support était ainsi inclus entre les deux plans de lambeaux dont l'un fermait l'hiatus antérieur des fosses nasales en présentant en avant sa face cruentée et l'autre devait reconstituer les parties molles du nez en tournant en avant sa face recouverte d'épiderme.

Les bords inférieurs de ces deux lambeaux furent suturés aux restes de la sous-cloison et des ailes du nez.

Partout la réunion par première intention fut obtenue ; le support métallique paraît devoir être définitivement toléré et l'on peut considérer comme certain que le nez conservera la forme que celui-ci lui assure. GEORGES LAURENS.

Nouveau procédé de rhinoplastie, par NÉLATON (Société de chirurgie, 13 juin 1900).

M. Nélaton a montré un malade auquel il a refait un squelette osseux du nez.

Le procédé employé consiste à tailler un lambeau cutané pris sur le front, à tailler avec la scie deux lamelles osseuses, prises aux maxillaires, destinés à former la charpente osseuse que recouvrira le lambeau cutané. Un petit lambeau ostéo-périostique, emprunté au frontal, sera transplanté à la racine du nez pour atténuer la concavité de cette région. Le malade opéré par ce procédé présente un nez à la Roxelane, qui lui permet de se moucher et qui n'a pas un vilain aspect. GEORGES LAURENS.

Plastique nasale, par F. KRAUSE (Soc. de méd. d'Altona; in *Münch med. Woch.*, 30 janvier 1900).

Malade de 55 ans ayant subi, huit jours auparavant, l'ablation de a moitié du nez pour un cancroïde; pour la plastique, on emprunta un lambeau cutané du front. SAINT-CLAIR THOMSON.

De l'emploi de l'ouvre-nez dans le cas de gêne de la respiration nasale, par W. ROTH (*Correspondaz-Blatt f. Schweizer aertze*, 1900, p. 370).

Le petit instrument de M. Schmidt, destiné à combattre l'aspiration des ailes du nez, est loin d'être employé autant qu'il le devrait; la raison en est surtout dans le fait que les praticiens ne se préoccupent pas assez de l'état de la respiration nasale et ne traitent que les cas d'obstruction grave; cependant, la gêne respiratoire est très fréquente; les ailes du nez sont flasques et aspirées chez les gens amaigris, chez ceux aussi auxquels manquent les incisives supérieures, ce qui cause l'affaissement du vestibule du nez; d'autre part, dans un nez étroit, l'inspiration d'effort amène une raréfaction de l'air dans les voies aériennes et, par suite, une congestion du tissu érectile des cornets en premier lieu; c'est ainsi que le séjour dans les montagnes, que l'on conseille par routine aux personnes qui se plaignent du manque d'air, peut arriver à ne leur faire que du mal.

L'ouvre-nez de Schmidt, transformé un peu par l'auteur, tient fort bien et rend les plus grands services, en évitant le plus souvent au porteur des interventions intranasales plus ou moins pénibles et importantes. M. N. WILBOUCHEWITCH.

La respiration imparfaite due aux végétations adénoïdes, par M. KEOWN (de Manchester) (*Med. record.*, 1900, vol. II, p. 353).

Les troubles produits par les végétations adénoïdes sont généralement attribués à l'obstacle mécanique qu'elles apportent au

passage de l'air et à la respiration imparfaite. L'hématose serait, par suite, insuffisante.

Keown fait à cette théorie une série d'objections : 1° les végétations très petites, insuffisantes pour faire obstacle mécanique entraînent parfois des accidents très sérieux ; 2° la bouche largement ouverte doit suppléer l'obstacle au passage de l'air par les fosses nasales ; 3° les symptômes disparaissent souvent aussitôt après l'ablation.

Keown regarde, par suite, les accidents comme étant d'origine réflexe et non mécanique. En tenant compte des rapports entre les végétations et le sinus sphénoïdal, le mal de tête, en particulier, ne s'explique-t-il pas mieux par trouble réflexe que par un vice de l'hématose. A. F. PLICQUE.

Electricité dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille, par W. SCHEPPEGRELL (*Journ. amer. med. ass.*, 3 février; in *Laryngoscope*, avril 1900).

Les principaux usages de l'électricité dans les maladies du nez, de la gorge et de l'oreille, sont : 1° l'éclairage ; 2° la cautérisation ; 3° l'action sur les modifications vasculaires de la muqueuse nasale ; 4° la cataphorèse après cocaïnisation ; 5° l'électrolyse pour le traitement des tumeurs fibreuses du nez et de la gorge ; 6° les interventions opératoires mécaniques ; 7° le diagnostic et le traitement des lésions du nerf auditif. La galvanisation et l'électrolyse cuprique ont une grande valeur dans les cas de rhinite atrophique. Lorsque la muqueuse nasale est congestionnée, des applications galvaniques douces stimulent la circulation par leurs effets toniques sur les nerfs vaso-moteurs.

SAINT-CLAIR THOMSON.

L'étiologie et le traitement opératoire radical de l'ozène dit primitif, par NOEBEL et LÖHNBERG (*Berlin. klin. Woch.*, 1900, p. 234).

Il est temps d'en finir avec l'ancienne théorie de l'ozène primitif soutenue par tant de spécialistes sur la foi de quelques auteurs célèbres ; pour démontrer que l'ozène ne provient pas d'un foyer de suppuration, on s'appuie sur des autopsies qui sont en tout au nombre de seize ; dans un cas il y avait atrophie sans ozène, dans 11 cas, il y avait nettement des suppurations des sinus ; dans les 5 derniers cas, tous les sinus n'ont pas été examinés et l'on n'est pas renseigné sur d'autres « foyers » qui causent fréquemment

l'ozène ; rien aussi de contradictoire comme l'anatomie pathologique et l'étiologie de l'ozène « primitif ». Grünwald, en combattant cette théorie classique pour la remplacer par celle des foyers, est rentré dans la clinique, dans la saine observation. Les auteurs ont examiné 111 cas de suppurations nasales, en ne comprenant pas dans ce nombre les blennorrhées dues à la syphilis, aux végétations, aux hématomes de la cloison, etc. ; ce chiffre de cent-onze suppurations répond à un nombre total de 1019 malades de la clinique et se décompose en six empyèmes du sinus frontal, trente-neuf empyèmes de l'antre d'Highmore, dix suppurations de l'ethmoïde et vingt-quatre du sphénoïde ; les 25 cas restants n'ont pas été suffisamment examinés et l'on ne peut affirmer ni la présence ni l'absence de foyers purulents ; la fétidité, l'atrophie et les croûtes existaient dans un certain nombre de ces observations que l'on ne peut plus loger sous l'enseigne d'ozène spontanée. Lorsqu'à côté de cette statistique on voit celle des cliniques de Königsberg, par exemple, où, sur 5071 malades spéciaux, on compte dix-sept suppurations en foyer et 446 ozènes spontanées on ne peut en conclure qu'une chose, c'est que les idées préconçues sur l'ozène empêchent de rechercher avec suffisamment de soin les lésions en foyer.

On dit souvent que l'ozène est héréditaire ; les auteurs ont rencontré trois fois des ozéneux dans la même famille : mère et fils, frère et sœur, deux sœurs ; eh bien, chacune de ces six personnes était atteinte d'empyème bilatéral de l'antre d'Hihgmore et trois de ces malades, ayant été opérés, ont complètement guéri. L'ozène est aussi considéré comme l'apanage des scrofuleux ; la conviction des auteurs est que cette scrofule, qui s'exprime par les adénopathies, les grosses lèvres, le facies bouffi, etc., est la conséquence de l'ozène, c'est-à-dire de la suppuration nasale, au même titre que la scrofule est une conséquence des végétations adénoïdes ; le traitement radical de ces maladies ne laissera pas subsister grand'chose de la fameuse scrofule.

La fétidité horrible de l'ozène n'est point propre aux tissus du nez malade, elle réside tout entière dans le pus qui, stagnant, accessible à l'air et aux saprophytes, devient pour ces derniers un bon terrain de culture.

La conclusion thérapeutique qui s'impose est donc celle-ci : le traitement de l'ozène se confond avec celui des suppurations nasales, il ne sera radical que lorsque le foyer de suppuration aura été dépisté.

Les sinus maxillaires, frontaux et ethmoïdaux étant trépanés

couramment, les auteurs ne parlent que de leur manière de trépaner les sinus sphénoïdaux, plus difficilement accessibles. On commence par anesthésier la muqueuse avec de la cocaïne à 20 % ; puis on dégage la paroi antérieure du sinus sphénoïdal en enlevant la moitié postérieure du cornet moyen : un coup de ciseaux recourbés sur le plat à gauche pour couper en travers le cornet droit, un autre coup de ciseaux recourbés sur la tranche par en bas pour séparer la moitié postérieure du cornet de la cloison. On tamponne pour arrêter l'hémorrhagie et on remet le second temps opératoire à quelques jours lorsqu'on n'a pas fait d'anesthésie générale. Dans un deuxième temps on recherche l'ouverture du sinus sphénoïdal et on l'agrandit dans tous les sens à l'aide de petites pinces et cuillères tranchantes jusqu'à ne laisser subsister que la partie qui supporte le vomer; il faudra, bien entendu, ne pas oublier le voisinage de la carotide, du nerf optique et du cerveau. On tamponne avec de la gaze iodoformée après avoir au besoin cureté la cavité et le traitement consécutif consiste en applications locales astringentes ou autres, comme pour toute muqueuse malade. La fétidité et le mal de tête ayant disparu immédiatement, les patients sont toujours dociles et persévèrent dans ce traitement plus ou moins long suivant les cas.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Poudre contre l'ozène (*Med. record.*, 8 sept. 1900.)

Dans l'ozène dû à la rhinite atrophique, les insufflations suivantes, faites après une série de lavages : 1° avec une solution alcaline ; 2° avec l'eau oxygénée ; 3° avec une solution alcaline, seraient très efficaces.

Acide citrique	15 gr.
Sucre de lait	5 gr.

A. F. PLICQUE.

Fracture de la fosse crânienne antérieure avec rhinorrhée cérébro-spinale, par F. C. Larkin (*Liverpool med. clin. journ.*, juillet 1900 ; in *Laryngoscope*, juin 1901).

Malade de 21 ans, apporté sans connaissance à l'hôpital après une chute de bicyclette. Il revint à lui le lendemain et quitta l'hôpital au bout de trois jours. On avait remarqué qu'il rendait de l'eau en abondance par les narines. Cet écoulement se poursuivit sans interruption pendant six semaines. Au bout de ce temps, il

s'arrêta brusquement et fit place à une céphalée frontale. Huit mois après l'accident, le malade contracta l'influenza et succomba en quelques jours à des complications intra-crâniennes.

A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée et un vaste abcès de la région frontale supérieure gauche. L'examen de la base du crâne révéla la présence d'une ancienne fracture de la région fronto-sphénoïdale, en communication avec l'antre d'Highmore gauche, puis avec le nez sans orifice intra-nasal.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Kystes séreux de la cloison du nez, par G. WARD (*The therapeutic Gazette*, septembre 1901).

Un enfant de 9 ans tombe sur le nez mais ne paraît avoir qu'un peu d'épistaxis avec des écorchures externes. Les deux nuits il ne repose pas, respire mal, se réveille en sursaut, etc. Amené au Dr Ward, celui-ci constate que les deux narines sont totalement obstruées, surtout la gauche, par un gonflement symétrique de la cloison. Deux jours plus tard, il fait une ponction avec la seringue de Pravaz et retire du liquide clair, un peu jaune : les deux kystes ne communiquent pas ensemble. Les jours suivants, le liquide se reproduisant, il ouvre au bistouri à la partie déclive et fait un tamponnement renouvelé tous les jours. Guérison en dix jours.

L'auteur insiste sur la rareté de ces kystes séreux d'emblée : le plus souvent ils sont précédés par la formation d'un kyste hémorrhagique dont les globules et les pigments finissent par se résorber.

M. LANNOIS.

De la transformation muqueuse de l'épithélium des canaux excréteurs des glandes de la muqueuse nasale, par HERM. CORDES, de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. I, p. 23, 1900).

Zarniko, en 1894, Bönninghaus, plus tard, ont donné une description parfaite de certains amas cellulaires en forme de boutons de fleur que l'on trouve dans l'épithélium de la muqueuse nasale hypertrophiée Mais B. les considère comme étant des glandes indépendantes, glandes à mucus dont le fond est représenté sur les coupes par un groupe de cellules réunies en forme de bouton, le canal excréteur étant en général séparé du corps de la glande.

L'auteur fait observer que cette manière de voir ne cadre nullement avec l'anatomie normale et pathologique des muqueuses, il

n'y a pas de glandes à mucus dans l'épithélium ; en effet, ces boutons épithéliaux sont non pas les glandes elles-mêmes, mais les canaux excréteurs des glandes ordinaires logées dans la sous-muqueuse. L'auteur donne une série de très belles coupes sur lesquelles il est facile de voir la continuité de ces boutons avec les canaux et les corps des glandes ; l'épithélium des canaux est altéré, transformé en cellules caliciformes, cellules à mucus au niveau de l'embouchure des canaux ; les canaux étant le plus généralement obliques, il se trouve que les coupes de l'épithélium contiennent très souvent une section de l'embouchure séparée du reste, d'où l'aspect de formation épithéliale indépendante.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Onze cas d'empyème chronique de l'antre d'Highmore guéris par le traitement et par le méat inférieur, suivant la méthode de H. Krause-Friedlaender, par Warnecke de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. X, fasc. 2, 1900).

Les onze observations inédites proviennent de la clinique du Prof. Lucæ. La durée indéfinie du traitement de l'empyème opéré par la fosse canine, les résultats médiocres donnés par l'ouverture à travers l'alvéole avec lavages faits par le patient lui-même, ont poussé l'auteur à recourir au procédé Krause-Friedlaender, à la ponction du sinus par le méat nasal inférieur à l'aide d'un trocart ; l'auteur se sert actuellement toujours du conducteur mousse qui fait éviter des petites blessures dans le voisinage. Après la ponction on fait un lavage, puis l'assèchement à l'aide d'insufflation d'air, enfin une insufflation abondante d'iodoforme en poudre. Un second lavage est parfois nécessaire le lendemain ; en général le traitement sec suffit et la cure dure en moyenne vingt-cinq jours. C'est donc une excellente méthode quand on l'applique à des cas appropriés ; elle donnerait des mécomptes certains quand le sinus contient des masses compactes, des sequestres, etc , qui demandent à être extraits.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

L'origine de la mucocèle non traumatique du sinus frontal, par G. Avellis, de Francfort (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. XI, fasc. 1, 1900).

Observation. — Une fillette de 12 ans présente depuis deux ans une tuméfaction indolente et non inflammatoire dans l'angle de l'œil droit ; un médecin incisa cette tumeur qui donna lieu à

'écoulement d'une grande quantité de mucus épais, suivi d'une sécrétion muqueuse interminable. L'auteur vit l'enfant à ce moment, enleva la tête du cornet moyen et trépana le plancher ethmoïdal ; la guérison de la plaie extérieure fut alors obtenue en peu de semaines. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est le fait que le revêtement de la cavité ouverte primitivement ne présentait nullement l'aspect de la muqueuse d'un sinus frontal sain ou malade, mais bien celui de la membrane qui tapisse les kystes osseux du cornet moyen ou de l'ethmoïde ; dans le cas présent il doit s'agir d'un kyste formé dans une cloison ethmoïdale et dilaté au point de refouler la paroi du sinus frontal ; c'est pourquoi il n'y avait aucune séparation entre ce qui semblait être le sinus frontal et la cellule ethmoïdale trépanée et c'est pourquoi le revêtement se présentait sous l'aspect d'une membrane lisse, grise, vasculaire. De là aussi la longue durée de l'affection, la présence de cristaux de cholestéarine. Ainsi donc la *mucocèle non traumatique du sinus frontal* n'est pas une affection de sinus, mais une dégénérescence kystique du labyrinthe ethmoïdal antérieur.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Un moyen adjuvant pour le cathétérisme du sinus frontal, par STRUYCKEN, de Bréda (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. XI, fasc. 1, 1900).

Pour se rendre compte si la sonde a pénétré dans le sinus l'auteur propose de magnétiser le bout de la sonde en acier nickelé ; elle fait alors dévier à travers l'épaisseur de la lame frontale une aiguille de compas dont la position indiquera exactement la situation des deux pôles, c'est-à-dire la direction de la sonde introduite. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Remarques sur le cathétérisme du sinus frontal, par GLATZEL, de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Vol. XI, fasc. 1, 1900).

L'auteur énumère les divers moyens de s'assurer de la pénétration de la sonde dans le sinus ; il a essayé la sonde magnétisée de Struycken qui ne lui a pas donné de résultats satisfaisants ; il fait observer entre autre qu'on est souvent obligé de recourber le bout de la sonde et que dans ce cas la direction de l'aiguille ne donne plus d'indications précises ; le moyen le plus sûr consiste dans la photographie Röntgen. M. N. WILBOUCHEWITCH.

III. — *LARYNX ET TRACHÉE*

Traitement des papillomes du pharynx chez l'enfant, par BOULAY (*Archives de médecine des enfants*, mai 1900).

L'auteur passe en revue les trois méthodes chirurgicales principales :

1° L'extraction par les voies naturelles, qui ne doit être faite que sous le contrôle de la vue et sous l'anesthésie cocaïnique. Impossible chez le nourrisson, très difficile entre quatre et dix ans, praticable au-dessus de dix ans.

2° La trachéotomie, en cas de phénomènes dyspnéiques intenses. Elle peut être suivie de disparition spontanée des papillomes.

3° La thyrotomie, qui permet l'ablation de toutes les masses papillomateuses visibles à l'œil nu, mais n'assure pas absolument la cure radicale.

A la suite d'une observation détaillée où B. eut l'occasion d'employer successivement les trois méthodes, l'auteur conclut ainsi sur la conduite à tenir en présence de papillomes laryngés chez un enfant : Tenter d'abord l'extraction par les voies naturelles.

En cas d'échec :

a) S'il n'y a pas de gêne respiratoire, attendre que les papillomes disparaissent spontanément ou qu'avec l'âge, l'opération par les voies naturelles devienne possible.

b) S'il y a dyspnée, faire la trachéotomie et attendre.

α) Les papillomes disparaissent.

β) Les papillomes restent stationnaires ou augmentent de volume : essayer de nouveau l'ablation par les voies naturelles :

En cas d'échec, thyrotomie. L. EGGER.

Trachéocèle, par J. PARK WEST (*Arch. of pediatrics*, août 1899, in *Archives de Médecine des Enfants*, février 1900).

Enfant de 20 mois, issu d'une famille saine. A l'âge de 15 mois, on remarqua de temps à autre un gonflement d'un quart de pouce de diamètre un peu à gauche et juste au-dessous du larynx. Actuellement, la tumeur est permanente. Au cours des deux derniers mois, elle a beaucoup grossi, elle atteint maintenant le volume d'un œuf de poule, occupe le côté gauche et antérieur du cou, au-dessus de la clavicule, indépendante de la trachée et du larynx. Mollesse, absence de fluctuation et de crépita-

tion, sensation aérienne quand l'enfant est tranquille, tendue quand il crie. La pression fait disparaître les trois quarts de la tumeur, mais elle reprend son volume quand la pression a cessé. Dans les mouvements ordinaires de la respiration, la tumeur ne bouge pas et rien n'indique une connexion avec l'appareil respiratoire. Dans les aspirations fortes, prolongées, lorsque l'enfant crie, elle augmente du double et semble lobulée. Son tympanique à la percussion, rien à l'auscultation. L'enfant n'est nullement gêné dans ses mouvements, ni pour respirer, ni pour avaler.

Les cas authentiques de trachéocèle sont rares. Ces tumeurs gazeuses du cou peuvent s'observer à la suite de traumatismes ou survenir spontanément. Il est évident que l'air passe d'une partie des voies aériennes dans le tissu cellulaire ; la source de la tumeur peut être dans le larynx, la trachée ou les bronches. L'air s'enkyste dans une sorte de membrane adventice qui prévient l'emphysème sous-cutané. SAINT-CLAIR THOMSON.

Lésions hérédo-syphilitiques du larynx, par HAUSHALTER (*Société de médecine de Nancy*, 28 février 1900).

H... présente une fillette de 7 ans, qui porte au niveau du tibia gauche et du cubitus gauche une hyperostose limitée qui paraît se rapporter à l'hérédo-syphilis. Depuis plusieurs mois, elle est atteinte de toux rauque, aboyante ; l'inspiration au moment des efforts est bruyante et s'accompagne de tirage sus-sternal. Il existe évidemment un certain degré de sténose laryngée.

L'examen laryngoscopique a montré l'existence sur la corde vocale droite d'une élevure blanchâtre surmontée d'une érosion ; la corde vocale gauche est immobile et flottante, probablement par suite d'arthrite crico-aryténoïdien et de périchondrite ; la paroi postérieure du larynx est œdématiée.

Il s'agit là, d'après l'auteur, d'une localisation très rare de la syphilis héréditaire. GEORGES LAURENS.

Pronostic et traitement opératoire du cancer laryngien, par SCHUCHARDT (*Wissens. Verein d. Aerzte* zu Stettin ; in *Berl. klin. Woch.*, 8 janvier 1900).

S... présente un malade auquel huit semaines auparavant il a retiré tout le larynx, l'épiglotte, plusieurs anneaux de la trachée et des ganglions cancéreux de la moitié droite du cou, puis quatre semaines plus tard une récidive des glandes lymphatiques de la même région. Le malade avale bien, n'a pas de fistule pharyngienne et porte un larynx artificiel de Gluck.

Agé de 50 ans et exerçant la profession d'agent de police, le malade attribue l'origine de son affection à un verre de bière avalé précipitamment trois ans auparavant, étant en transpiration. Le lendemain il devint aphone. Depuis quatre mois, il a des troubles respiratoires auxquels vint s'ajouter deux mois après une gêne de la déglutition. Le premier examen laryngoscopique fut pratiqué il y a deux mois et le malade entra à l'hôpital de Stettin où il fut trachéotomisé pour une violente dyspnée, le 5 août 1889. Ultérieurement on reconnut au laryngoscope une tuméfaction prononcée de l'orifice laryngien et une tumeur, grosse comme un noyau d'amande, sise dans la fente glottique et provenant de la moitié droite du larynx. L'examen des fragments excisés démontra qu'on avait affaire à un cancer épithélial pavimenteux. Après antisepsie soigneuse du nez et de la bouche, on incise, le 11 septembre, la ligne médiane de l'os hyoïde jusqu'à la plaie trachéale. On fend avec le bistouri le cartilage thyroïde et on découvre le larynx rempli de masses, carcinomateuses d'un gris blanchâtre, qui font décider l'abrasion totale immédiate, ainsi que celle des ganglions occupant le côté droit du cou. Suture au catgut de la muqueuse bucco-pharyngienne, puis réunion avec des fils de soie des muscles du plancher de la plaie. Enfin extirpation de plusieurs anneaux trachéaux et suture de la trachée à la plaie. Après l'opération, on retire la canule tampon de Hahn ; l'anesthésie avait duré une heure trente-cinq minutes avec 165 grammes de chloroforme. Pendant vingt-quatre heures, le malade ne porta pas de canule, puis comme il se plaignait de manquer d'air, on lui en introduisit une ordinaire en argent. La déglutition se rétablit assez rapidement.

Tandis que la plaie se cicatrisait sans fistule, on vit apparaître une récidive glandulaire de la région droite du cou qui nécessita une nouvelle intervention très étendue le 4 octobre. Il fallut pratiquer l'ablation presque totale d'une tumeur envahissant le sterno-cléido-mastoïdien ainsi que des parties molles sises sous le maxillaire inférieur droit et des glandes sous maxillaires et cervicales hypertrophiées. SAINT-CLAIR THOMSON.

Laryngofissure et extirpation de l'aryténoïde droit, par E. URUNUELA (*Rev. de med. y cir. Pract.*, n° 612, 1899, in *Arch. latinos de rin. lar. otol.*, janvier-février 1900).

Malade de 58 à 60 ans, amaigri, dysphonique, toussant. Il souffre depuis longtemps d'un catarrhe et la raucité remonte à huit mois.

Au laryngoscope, on remarque une tumeur de la dimension d'une amande, rouge, grisâtre, inégale, implantée sur la corde vocale droite jusqu'à l'aryténoïde. Catarrhe pulmonaire ancien. Pas d'infarctus ganglionnaire.

U... diagnostiqua un épithélioma laryngien et pratiqua l'opération. Il incisa rapidement la ligne médiane du cou, depuis l'os hyoïde jusqu'à la fossette sus-sternale ; sous-anesthésie par une pulvérisation de cocaïne à 10 °/₀ ; l'auteur disséqua toute la région laryngo-trachéale, découvrant les membranes thyro-hyoïdienne, crico-thyroïdienne et les anneaux de la trachée, puis il sectionna au bistouri les deuxième, troisième et quatrième anneaux trachéaux et inséra une canule de Trendelenburg.

Ensuite, sous le chloroforme, U... ouvrit une boutonnière dans la membrane crico-thyroïdienne, puis après avoir découvert le larynx, il sépara par des tractions les deux lames cartilagineuses. La tumeur n'était pas très adhérente. Cocaïnisation de la cavité laryngée pour abolir les réflexes ; on tamponna avec de la gaze l'anneau cricoïdien pour empêcher la pénétration du sang dans les voies aériennes, puis on plaça une éponge dans la partie supérieure du larynx afin d'éviter la chute de la salive.

U... détacha la tumeur et extirpa l'aryténoïde pour prévenir la récidive ; il cautérisa les points d'implantation de la tumeur et sutura les deux lames thyroïdes, puis les muscles, l'aponévrose et la peau.

A l'examen histologique, on reconnut qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux. Le malade semblait parfaitement guéri lorsqu'au bout de vingt-quatre jours il contracta une broncho-pneumonie infectieuse qui l'emporta en trois jours.

L'autopsie démontra la cicatrisation parfaite de l'épithélioma.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Trois opérations laryngiennes, par F. KRAUSE (*Soc. méd. d'Altona*, in *Münch. med. Woch.*, 30 janvier 1900).

I. *Laryngofissure*. — Enfant de 12 ans, souffrant depuis deux ans d'un enrouement progressif et de troubles respiratoires. Au laryngoscope on découvre un papillome originaire de la base de l'épiglotte et obstruant presque complètement l'orifice laryngien ; quand le malade tousse, on distingue encore plusieurs tumeurs offrant le même aspect au fond du larynx. Après la laryngofissure pratiquée à l'aide de la canule tampon de Michael et l'ablation de nombreux papillomes envahissant la muqueuse laryngienne et la

corde vocale gauche, on cautérisa au Paquelin leurs points d'implantation. La plaie a guéri, l'aphonie et la dyspnée ont disparu, il subsiste seulement une légère raucité.

II. *Extirpation de la moitié gauche du larynx et de la paroi antérieure de l'œsophage, suivie de plastique.* — Homme de 58 ans ayant subi l'année précédente l'ablation d'une tumeur originaire des glandes lymphatiques du cou, mais n'attaquant pas le larynx ni l'œsophage. A l'examen microscopique, on reconnut un endothélium. Au bout d'un an, récidive locale avec lésions de la moitié gauche du larynx et de la paroi œsophagienne antérieure. Il fallut enlever la plus grande partie de l'épiglotte, toute la moitié gauche et une petite portion du côté droit du larynx, ainsi que la paroi antérieure de l'œsophage jusqu'à la hauteur de la trachée. L'examen histologique révéla de nouveau un endothélium. La lacune œsophagienne fut comblée par un lambeau cutané, pédiculé, pris à la région thoracique supérieure. Actuellement, le malade boit et mange aisément.

III. *Extirpation totale du larynx.* — Malade de 60 ans ayant subi, pour un carcinome branchiogène envahissant le larynx et l'œsophage, l'extraction du larynx entier, d'une partie de l'os lingual, et de l'œsophage, de la jugulaire interne droite et de la carotide externe. La trachée fut attirée en avant et suturée à la peau du thorax afin d'empêcher l'écoulement du pus dans la trachée.

Le résultat a été satisfaisant, le malade a augmenté de quinze livres ; pour rétablir la phonation, on aura recours à un appareil de Gluck. SAINT-CLAIR THOMSON.

Irrégularité de forme du palais en rapport avec un fonctionnement défectueux des cordes vocales, par E. N. MALIOUTINE (*Wratch.*, 1900, n° 14, p. 425).

L'auteur a, dans des travaux antérieurs, attiré l'attention sur les relations entre la qualité de la voix chez les chanteurs et la forme du palais osseux, et ces travaux ont été confirmés par Dauriger. Mais en dehors des chanteurs, M... a maintes fois observé des personnes obligées de parler beaucoup et qui se fatiguent très rapidement, cet état de faiblesse de la voix dépendant d'un défaut de profondeur du palais ; M... cite l'exemple d'un avocat dont le palais était plat comme une soucoupe et qui s'enroue après tout discours un peu long ; le timbre de la voix est étouffé.

Dans un autre cas, il s'agit d'un homme de 28 ans, qui a une voix

anormale, voix de fausset depuis l'âge de 15 ans ; la corde vocale gauche paraît un peu parétique et les mouvements des deux cordes sont lents ; l'électrisation n'a donné aucun résultat ; l'exercice de la voix a appris au patient à émettre des sons graves et il arrive à parler d'une voix de basse lorsqu'il est calme et pendant peu de temps ; son palais est d'une forme absolument exceptionnelle, de longueur normale, il n'est large que de 2 centimètres entre les molaires postérieures, la hauteur du palais étant de 22 millimètres, si bien que le palais est transformé en conduit étroit et profond ; ce résonnateur ne répond aucunement à l'instrument vocal de l'homme et convient mieux aux vibrations de cordes vocales plus courtes ; aussi les sons graves nécessitent-ils un effort continu. M. se propose d'exercer la voix dans le registre de basse à l'aide d'un palais artificiel convenable, qui pourra être supprimé quand la voix sera devenue suffisamment vigoureuse.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Les rayons X en laryngologie, par W. Warren (*Med. Age*, 25 octobre 1899, in *Laryngoscope*, mars 1900).

La découverte de Rœntgen a peu profité à la laryngologie. Elle sert seulement à localiser le siège des corps étrangers, à déterminer la période d'ossification des cartilages du larynx, à diagnostiquer les tumeurs intra-thoraciques et à reconnaître précocement la tuberculose pulmonaire. SAINT-CLAIR THOMSON.

Laryngectomie, par G. T. Hankins (*Austral. med. Gaz.*, 20 janvier in *Laryngoscope*, avril 1900).

Malade de 42 ans, enroué et parfois aphone, éprouvant parfois une sensation de tuméfaction dans la gorge en avalant, mais souffrant peu. Il arriva six fois que la tuméfaction s'ouvrit et déversa du pus. Glandes tuméfiées au-dessous de l'angle maxillaire, pas de spécificité. Aucune déformation externe, au voisinage du larynx qui est entièrment mobilee.

Au laryngoscope on voit une masse mesurant un pouce sur 3/4 de pouce dans la fosse hyoïdienne gauche, repoussant l'épiglotte en travers de la ligne médiane et masquant la corde vocale gauche et la plus grande partie de la corde droite. Pendant trois semaines, le malade absorba de fortes doses d'iodure, puis on se décida à l'opérer après avoir reconnu qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Trachéotomie préliminaire avec insertion d'un tampon de Semon. Incision au-dessus et parallèlement à la grande corne de

l'os hyoïde pour découvrir la tumeur, puis incision sous-hyoïdienne transversale séparant l'épiglotte de la langue et de l'os hyoïde, rejointe par une incision verticale aboutissant à environ un demi pouce de la plaie trachéale. Le périchondre et les parties molles sont détachés de l'aile gauche du cartilage thyroïde fendu au milieu, les aryténoïdes sont séparés du cricoïde et la moitié du larynx excisée avec l'épiglotte. Suture de la muqueuse pour circonscrire le champ opératoire et tamponnement à la gaze iodoformée de la portion supérieure de la trachée. Au bout de onze jours on retire la canule et le pansement trachéal et le malade peut s'exprimer par un chuchotement. Guérison complète.

SAINT-CLAIR THOMSON.

De la pseudo-voix après l'extirpation totale du larynx, par GOTTSTEIN (*Arch. f. klin. Chirurgie.*, vol. LXII, fasc. 1, p. 1900).

L'extirpation totale du larynx cancéreux a été pratiquée par le Prof. Mukulicz chez un homme de 47 ans d'après la méthode de Gluck, c'est-à-dire avec suture circulaire de la trachée dans la plaie et alimentation au moyen d'une sonde passant par le nez. La guérison fut des plus simples, l'opéré était levé dès le lendemain, la cicatrisation était parfaite au bout de quinze jours, mais on laissa la sonde durant un mois par excès de précautions. Il s'agissait encore de rendre la parole possible ou du moins plus intelligible; à cet effet, on construisit un appareil qui relie au moyen d'un tuyau extérieur flexible l'orifice trachéal à la cavité buccale; dans ce tuyau se trouve une « voix artificielle » mise en mouvement par la colonne d'air expirée par la trachée et sortant par la bouche; le patient parla bientôt d'une voix haute et distincte, quoique un peu monotone, si bien qu'il put reprendre son service au chemin de fer. Mais loin de se résigner au port de cet appareil en somme gênant, l'opéré s'exerça à parler sans son secours et arriva finalement, aidé des conseils de l'auteur, à prononcer normalement, à chanter à haute voix dans l'étendue d'une octave et à mettre l'instrument au rancart. L'étude attentive de ce cas a montré que le son était produit au niveau d'un reste d'épiglotte avec l'aide des replis glosso-épiglottiques et autres bandes musculaires; l'air est fourni à cet instrument vocal par une poche cervicale qui s'est formée à la place occupée avant par le larynx; on voit le cou se gonfler avant l'émission des sons et s'affaisser durant la phonation qui est interrompue pour une nouvelle reprise d'air. L'auteur donne plusieurs figures et des graphiques de pressions qui étudient dans tous ses détails ce cas extraordinaire.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

IV. — *BOUCHE ET PHARYNX*

Angine de Vincent guérie en trois jours par des applications de bleu de méthylène, par M. Chauffard (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 2 janvier 1902, p. 1375).

Femme de 24 ans, sujette depuis dix ans à des angines légères. Le 8 décembre, la gorge devient douloureuse. Malgré l'emploi de gargarismes, l'angine va en augmentant jusqu'au 24 décembre ; à cette date, une ulcération de l'amygdale droite fait immédiatement porter à M. Chauffard le diagnostic d'angine de Vincent, d'ailleurs contrôlé par l'examen bactériologique. Dysphagie, fièvre, mauvais état général, polyadénopathie sous-maxillaire. Deux applications de bleu de méthylène pur sont faites deux jours de suite sur l'ulcération. Le 26 décembre, la fièvre, la douleur, l'adénopathie ont disparu ; on fait une troisième application de poudre, et le 27, la guérison est complète.

Les applications de bleu de méthylène sont très bien supportées ; elles ne provoquent qu'une sensation de brûlure modérée qui dure quelques minutes.

L'effet de ce traitement, découvert par Siredey et Mantoux, est tellement rapide, que, dans les cas fréquents où l'angine de Vincent simule le chancre de l'amygdale, l'application de bleu de méthylène devient un signe de différenciation aussi précieux que l'examen bactériologique : il en est une rapide et précieuse contre-épreuve.

Dans la discussion qui suit cette communication, M. Simonin fait remarquer la fréquence de l'angine de Vincent chez les Normands et les Savoyards : ce qui tient à la dentition défectueuse de ces deux races, qui consomment du cidre, agent si actif des caries dentaires. Or, on sait quelle est la fréquence du fuso-bacille et du spirille au voisinage des dents cariées ; ces germes y sont toujours présents, prêts à envahir la muqueuse buccale ou les amygdales.

M. LERMOYEZ.

Deux cas de fistule cervicale congénitale complète, par Gugenheim, de Nüremberg (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. X, fasc. 3).

Obs. I. — Homme de 18 ans, porteur d'une fistule congénitale, dit avoir le sentiment d'un liquide qui arrive dans la bouche quand il appuie fortement sur le trajet de la fistule — on la suppose donc complète. L'orifice extérieur, grand de 1/2 millimètre se trouve

sur le bord du muscle sterno-mastoïdien gauche, à mi-chemin entre l'angle de la mâchoire et le bord supérieur du cartilage thyroïde.

Une sonde pénètre à 7 cent. 3/4, et il est impossible de la faire sortir dans le pharynx, mais une injection de lait vient sourdre entre l'amygdale gauche et le pilier postérieur du voile du palais, quoiqu'on n'y découvre point d'ouverture.

Obs. II. — Homme de 21 ans, frère du précédent, ne se connaissait aucune malformation jusqu'au jour où, étant soldat, il vit se tacher la doublure du col de son uniforme. L'orifice extérieur de la fistule est à 3 centimètres au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite, et, après un trajet de 13 cent. 1/2, parcouru non sans résistance, la sonde aboutit à l'orifice interne de la fistule, lequel se trouve sur le bord interne du pilier droit.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Un cas de blessure de la carotide primitive gauche par un os avalé, par Ditmann (*Wratch*, 1900, p. 612).

Un homme de 24 ans, sous-officier, de très bonne santé, avale un jour un gros morceau de poulet et se sent aussitôt gêné par un fragment d'os ; ne réussissant pas à se débarrasser de ce corps étranger, il prit un nouveau morceau de viande et le fit pousser dans le gosier par un camarade ; après de longs efforts le tout fut dégluti et le patient crut l'os descendu dans l'estomac. Pendant trois jours, il souffrit en avalant des aliments, même liquides, et il vit petit à petit se former une tuméfaction au côté gauche du cou ; lorsque le patient fut examiné à l'hôpital, on trouva la tumeur molle, sans battements, et sa nature ne paraît pas avoir été soupçonnée. Le pharynx apparut absolument normal.

Le cinquième jour, il y eut un vomissement de sang en caillots et un fragment d'os de 4 centimètres fut éliminé en même temps. Durant trois jours, il y eut plusieurs vomissements de sang et plusieurs selles sanguines et la mort survint le huitième jour après la blessure ; à l'autopsie, on trouva une déchirure de l'œsophage à 4 centimètres au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde ; au même niveau, une plaie longitudinale sur la paroi de la carotide interne, exactement à 4 centimètres de la bifurcation de l'artère.

M. N. WILBOUCHEWITCH.

Du diagnostic du carcinome latent de l'œsophage, par Hödlmoser (*Wien. klin. Woch.*, 1900, p. 1007).

Le diagnostic du carcinome de l'œsophage est, en général assez

facile tant par les symptômes subjectifs de sténose que par les résultats du cathétérisme. C'est ce qui rend intéressantes les deux observations de l'auteur dans lesquelles le néoplasme est resté absolument latent.

Obs. I. — Homme de 56 ans, alcoolique, a tteint de troubles digestifs. Un jour, il boit de l'eau froide étant échauffé, prend une angine et de l'enrouement, et ce dernier persiste depuis; huit jours plus tard, il est pris de vomissements et de violentes crampes d'estomac qui durent plusieurs heures après chaque repas, mais pas dans leurs intervalles. Pendant quatre mois, le malade va maigrissant, souffrant de l'estomac, puis des reins, enfin du ventre qui se météorise; il meurt cachectique et l'on trouve à l'autopsie un carcinome insoupçonné du 1/3 inférieur de l'œsophage avec de nombreuses métastases en d'autres points de l'œsophage, au cardia, dans les reins, de la pleurésie et de la péritonite.

Obs. II. — Femme de 50 ans, maladive depuis cinq ans, sans souffrances déterminées. Depuis trois semaines, douleurs dans les vertèbres du cou à gauche, si bien que la tête est penchée un peu à droite et à peu près immobile; la malade passe cinq jours seulement à l'hôpital et présente tous les symptômes d'un cancer du foie avec métastases osseuses et de la paralysie du nerf récurrent; ce diagnostic est confirmé à l'autopsie, mais on trouve alors le carcinome primitif dans l'œsophage sur lequel aucun symptôme n'avait attiré l'attention. M. N. WILBOUCHEWITCH.

Rupture d'un œsophage d'apparence saine, par E. J. Mc Weeney (*Lancet*, 21 juillet 1900).

On a émis des doutes au sujet de la possibilité de la rupture d'un œsophage sain. Toutefois, bien que rare, cet accident a été parfois observé. L'auteur a vu un cas qui est survenu à la suite de vomissements et particulièrement intéressant, non seulement au point de vue de l'autopsie, mais encore par l'examen histologique. L'auteur rapporte 16 observations et donne les conclusions suivantes :

Age. — Les malades étaient surtout des hommes, et l'âge moyen 42 ans.

L'alcoolisme est une condition prédisposante.

Vomissements. — Ils ont toujours hâté les accidents.

Symptômes. — Douleurs, collapsus, dyspnée et emphysème souscutané.

Durée de la vie. — Dans un cas, sept jours et demi, moyenne de 17 heures.

Siège de la rupture. — Généralement au-dessus du diaphragme.

Etiologie. — L'auteur admet que les deux facteurs principaux sont le ramollissement des parois et l'accroissement de la pression. Le ramollissement est provoqué par la digestion intravitale et l'infiltration inflammatoire. La digestion intravitale est due à un trouble circulatoire qui, dans le cas de l'auteur, revêtit la forme d'une thrombose veineuse et au séjour prolongé dans l'œsophage de matières vomies. SAINT-CLAIR THOMSON.

NOUVELLES

La *Presse oto-laryngologique*, journal belge consacré à l'étude des maladies de l'oreille, du nez et du larynx, vient de paraître à Bruxelles depuis le 1er janvier 1902. Il paraîtra mensuellement sous la direction de M. le Dr Delsaux, assisté de MM. Heyninx et Labarres, secrétaires de la rédaction. Le comité de rédaction se compose de MM. Schiffers, Beco, Capart, Cheval, Goris, Broeckaert, Cemau, Gevaert.

Notre spécialité ne possédait pas encore en Belgique de journal qui lui fût exclusivement consacré. Nous ne doutons pas que ce nouveau périodique ne prospère sous l'habile direction de notre savant ami Delsaux.

Règlement général du XIVe Congrès International de Médecine.

Art. I. — Le XIVe Congrès international de Médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de SS. MM. le roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine Régente, dans les jours du 23 au 30 avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril.

Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

Art. II. Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches des sciences médicales, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits comme les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

Art. III. Le montant de la cotisation sera de 30 pesetas.

Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat Général (Faculté de Médecine, Madrid, lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective ; cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux Congressistes (1).

(1) Les modifications suivantes ont été apportées au sectionnement :
La 9e *Section* (Chirurgie et opérations chirurgicales) est divisée en deux sections indépendantes : a) *Chirurgie et opérations chirurgicales* ; b) *Urologie*.

Art. IV. Les Comités nationaux et étrangers peuvent recevoir les cotirations de leurs adhérents et quand ils les transmettront au Secrétariat Général, celui ci leur enverra les cartes d'identité correspondantes au nombre des membres inscrits.

Les Comités étrangers recevront les inscriptions de leurs nationaux jusqu'au 20 mars 1903 ; après cette date toutes les adhésions et cotisations doivent être adressées directement au Secrétariat Général du Congrès.

Art. V. Chaque Congressiste doit, au moment de verser sa cotisation, faire parvenir au Secrétariat Général, soit directement, soit par l'entremise du Comité respectif, une note indiquant exactement et lisiblement son nom, qualité et titres, ainsi que son adresse, en accompagnant ces indications de sa carte de visite.

Art. VI. Les membres du Congrès qui auront rempli les conditions prescrites, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation et de participer à tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. VII. Ils auront en outre droit à un résumé général des travaux du Congrès et à un exemplaire du Compte rendu en extenso des travaux de la section à laquelle ils se seront faits inscrire. Les membres qui désireraient recevoir plusieurs volumes ou la collection complète des Comptes rendus devront, pour chaque volume, verser une somme qui sera fixée ultérieurement, mais qui ne pourra pas excéder le prix de l'impression. — Les souscriptions aux volumes seront reçues au Secrétariat Général jusqu'à la clôture du Congrès.

Les Congressistes qui auront présenté des communications écrites dans plusieurs sections, et celles-ci ayant été admises par la Commission chargée de leur examen, recevront également les volumes de ces sections sans aucun payement.

Art. VIII. Les Comptes rendus du Congrès seront remis aux Congressistes qui y auront droit, aussitôt après leur publication.

Art. IX. Le Congrès sera divisé dans les Sections suivantes :

1. Anatomie (Anthropologie, anatomie comparée, embryologie, anatomie descriptive, histologie normale et thératologie).
2. Physiologie, physique et chimie biologiques.
3. Pathologie générale, anatomie pathologique et bactériologie.
4. Thérapeutique, pharmacologie et matière médicale.
5. Pathologie interne.
6. Neuropathies, maladies mentales et anthropologie criminelle.
7. Pédiatrie.
8. Dermatologie et syphiligraphie.
9. Chirurgie et opérations chirurgiques.
10. Ophtalmologie.
11. Otologie, rhinologie et laryngologie.
12. Odontologie.
13. Obstétrique et gynécologie.
14. Médecine et hygiène militaire et navale.
15. Hygiène, épidémiologie et science sanitaire tehcnique.
16 Médecine légale.

Art. X. Les membres du Congrès devront, au moment de l'inscription, indiquer la Section à laquelle ils désirent appartenir ; nonobstant ils pourront assister et prendre part aux travaux des autres sections.

Art. XI. Un Comité exécutif composé du Président, Secrétaire Général et Trésorier, et des Présidents et Secrétaires des sections, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

La *11e Section* (Otologie, rhinologie et laryngologie) est divisé en deux sections indépendantes : a) *Otologie ;* b) *Rhino-laryngologie.*

La *16e Section* (Médecine légale) est intitulée *Médecine légale et toxicologie.*

Art. XII. Le Congrès siègera tous les jours, soit en Assemblées générales, soit en réunions des sections.

Art. XIII. Deux Assemblées générales ordinaires auront lieu, une pour l'ouverture et l'autre pour la clôture du Congrès.

Il y aura en outre autant d'assemblées ordinaires qu'on jugera nécessaires : le nombre en sera fixé ultérieurement par le Comité exécutif. Ces assemblées seront destinées à des conférences auxquelles seront invitées les éminences scientifiques des différentes nations. Seulement les conférenciers auront la parole dans ces assemblées.

Art. XIV. Dans la séance d'ouverture, le Secrétaire Général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le Président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des Délégués officiels, et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procedera à l'élection de son bureau.

Dans ces séances, ne pourront prononcer des discours, que les Congressistes qui y auront été désignés et invités par le Comité exécutif.

Art. XV. Les Comités des sections organiseront leurs programmes de travaux (lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées, etc.)

Chaque section nommera, dans sa première séance, ses Présidents d'honneur et désignera ses Secrétaires adjoints. Partie de ceux-ci seront choisis parmi les Congressistes étrangers pour faire le résumé verbal des communications présentées dans des langues différentes, et pour en faciliter ainsi la discussion.

Art. XVI. Le Président de chaque Section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les Corps délibérants.

Pourront être soumises au vote seulement, les question d'ordre intérieur.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

Art. XVII. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 15 minutes, et les orateurs qui prendront part aux discussions, ne pourront parler plus de 5 minutes.

Les auteurs de communications disposeront de 10 minutes pour répondre à toutes les objections. Exceptionnellement, et quand l'importance du sujet le justifie, pourra le Président accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions, devront remettre au Secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

Art. XVIII. Les communications se référant aux travaux du Congrès, doivent parvenir au Comité exécutif avant le 1er janvier 1903, ce dernier se chargera de leur transmission à la section respective.

Toutes les communications devront être accompagnées d'un court résumé, en forme de conclusions, si possible ; cet extrait sera imprimé par les soins du Comité exécutif et distribué aux Congressistes de la section correspondante.

Art. XIX. On pourra présenter des communications après le 1er janvier 1903 et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. XX. Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès, soit dans les Assemblées générales, soit dans les sections, doit être remis le jour même au Secrétaire du bureau respectif. Le Comité exécutif discutera sur son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus..

Art. XXI. Les langues officielles du Congrès dans toutes les séances seront l'espagnol, le français, l'anglais et l'allemand.

Les dames appartenantes aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux ci, bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des Membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le payement de 12 pesetas par personne.

American laryngological, rhinological and otological Society. — La 8[e] réunion annuelle aura lieu du 2 au 4 juin 1902 ; elle se tiendra à Washington.

OUVRAGES ENVOYES AUX *ANNALES*

Some Thoughts on the principles of local treatment in Diseases of the upper air passages ; par Sir Felix Semon ; Mac Millan and C[o], London 1902.

Le Gérant : Masson et C[ie].

SAINT AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXVIII. — N° 4. — Avril 1902.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LA TRACHÉOTOMIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES PAPILLOMES CRICO-TRACHÉAUX [1]

Par Pierre SEBILEAU.

Je viens de pratiquer, sur un malade âgé de 34 ans, l'ablation de gros papillomes situés dans la région sous-cricoïdienne de la trachée. J'ai suivi, pour cela, une technique opératoire que je crois, par quelques points, intéressante. Voilà pourquoi j'écris ce court article, et aussi parce que cette intervention chirurgicale et ses suites furent particulièrement simples.

Le malade dont il est question portait donc des papillomes de la trachée. Ces papillomes, que l'examen laryngoscopique permettait d'étudier dans tous leurs détails de forme, de volume, de couleur et de topographie réciproque, formaient, au-dessous de la région cricoïdienne, au droit des deux premiers anneaux de la trachée, deux masses importantes, de teinte rosée, l'une sur le flanc droit, l'autre sur le flanc gauche de l'organe. Quelques végétations intermédiaires, plus petites et plus blanches, complétaient, en réunissant l'une à l'autre, sur l'arc postérieur de la trachée, les deux formations principales, une demi-collerette végétante. Il est un point sur lequel l'examen au miroir a trompé tous ceux qui ont examiné le patient : les tumeurs paraissaient implantées, sur la muqueuse trachéale, beaucoup plus bas qu'elles n'étaient en réalité. Cela tient, entre autres choses, à ce qu'elles obscurcissaient en partie le champ trachéal sous-jacent et qu'on ne pouvait, pour fixer leur topographie, se repérer sur les anneaux qu'elles dominaient.

(1) Communication à la Société de Chirurgie. (Séance du 4 mars 1902.

Le malade souffrait d'une dyspnée permanente avec accès ; jamais, cependant, il n'avait présenté de véritable crise de suffocation. Le tirage et le cornage étaient légers, mais constants et soumis, évidemment, à des exacerbations parallèles à celles de la dyspnée.

Je décidai de pratiquer l'ablation de la tumeur par la voie trachéale, et voici comment l'opération fut conduite.

Le malade, ayant été soumis à l'anesthésie chloroformique, fut placé, sur un plan incliné, dans la position de Trendelenburg. Le but que je poursuivais, en assurant la déclivité de la région cervicale, était d'éviter la pénétration du sang dans la trachée ; on verra que cela réussit pleinement.

Je découvris la trachée. Mais, avant de l'ouvrir, je plaçai sur elle, l'un à droite, l'autre à gauche, deux fils de soie qui, traversant sa paroi, passaient en anse sous le second des anneaux. Il me devint ainsi facile, grâce à la traction que je fis exercer par mon assistant sur les deux fils, d'extraire, pour ainsi dire, la trachée de son profond lit cervical et de la suspendre superficiellement à la surface du champ opératoire. J'y pratiquai alors, sur le milieu de la face antérieure, aussi facilement et avec autant de sécurité que s'il s'était agi de la peau, une longue incision ; puis, la région sous-cricoïdienne de la muqueuse ayant été badigeonnée avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/10, je détachai, avec une curette tranchante de Wolkmann, raclant durement la paroi, les deux masses latérales de papillomes et la végétation intermédiaire. Et cela fut très simple et très aisé, car la trachée, attirée au dehors, bâillait superficiellement, les fils écartant les lèvres de la fente, et offrait ses profondeurs.

Il y eut une perte de sang peu abondante qui s'égouta dans le cavum ; un tamponnement de quelques instants et un attouchement des surfaces exulcérées avec la pointe du galvanocautère desséchèrent complètement le siège « cruenté » du néoplasme.

Aucune des manœuvres exécutées dans la trachée ne provoqua de toux réflexe, et, du commencement à la fin de l'opération, se poursuivit le rythme respiratoire ralenti de l'anesthésie chloroformique bien conduite ; au reste, pas une goutte de

sang ne tomba dans le segment sous-opératoire de la trachée.

Aussi n'hésitai-je pas, après avoir assuré l'étanchement définitif de la région défrichée, à pratiquer, par une suture à points séparés, l'affrontement total des deux lèvres trachéales. Puis, ayant enlevé les deux fils suspenseurs, je suturai l'isthme thyroïdien, le plan musculaire et, enfin, la peau ; par prudence, je plaçai un drain dans l'angle inférieur de la plaie tégumentaire. Cela, du reste, fut inutile.

L'on nettoya le cavum, pour qu'il ne restât point au malade à avaler le peu de sang qui s'y était amassé.

Les suites opératoires furent d'une simplicité remarquable. Il n'y eut pas la moindre quinte de toux, pas la moindre dyspnée. Le malade n'expectora ni sang, ni mucosités. Il eut la bonne fortune de n'avoir ni nausées, ni vomissements chloroformiques.

La réunion par première intention s'opéra en quelques jours, le drain ayant été extrait vers la vingt-quatrième heure, sans emphysème, sans suppuration. Vers le dixième jour, sans aucune élévation thermique, quelques gouttes de sérosité citrine soulevèrent la croûte qui s'était formée sur l'orifice de sortie du drain. On les évacua et cela ne troubla pas la cicatrisation.

Cette petite opération fut facile et propre ; sa technique très élémentaire mérite, je crois, d'être retenue. Elle se résume en ces trois points : placer le malade en position de Trendelenburg ; soulever la trachée et, après incision de ses parois, la maintenir soulevée avec deux fils suspenseurs qui en écartent les deux lèvres ; pratiquer la suture totale de cette trachée.

La position de Trendelenburg. — Un des inconvénients, quelquefois un des dangers des opérations qui portent sur l'appareil laryngo-trachéal, vient de la pénétration du sang dans l'arbre respiratoire. Cette pénétration provoque la suffocation, la toux, l'expectoration de sang et de mucosités ; elle fait de la trachéotomie une opération quelquefois dramatique, ordinairement assez répugnante. Dans l'établissement de la simple bouche aérienne (*trachéotomie de nécessité*), les accidents sont presque toujours légers et rapides ; il suffit de laisser le malade, en quelques accès de toux convulsive, vider sa

trachée par la canule. Mais quand l'ouverture trachéale n'est que le premier temps d'une opération plus complexe qui s'adresse au larynx ou au bas-pharynx (*trachéotomie de sécurité*), on a coutume, pour éviter la pénétration du sang dans les bronches, de se servir de canules-tampons (canules de Trendelenburg, canule de Hahn), ou, tout au moins, d'exercer, autour d'une canule ordinaire de Krishaber, un tamponnement de gaze chiffonnée. Or, tout cet appareil obscurcit le champ opératoire, en diminue l'étendue, complique la technique, irrite la muqueuse. La déclivité suffit. La position de Rose, qui rend de si grands services pour toutes les opérations qui se pratiquent sur la tête, n'est évidemment pas applicable aux interventions chirurgicales qui s'adressent à la trachée, puisqu'elle n'en assure pas la déclivité. Il faut donc lui substituer la position de Trendelenburg. Grâce à celle-ci, le sang tombe dans le cavum et s'y amasse. C'est, au reste, une manœuvre déjà vieille, qu'on a employée depuis longtemps pour faciliter l'expulsion ou l'extraction des corps étrangers des voies aériennes et, sans doute aussi, comme moi, pour éviter la pénétration du sang dans la trachée.

L'extériorisation de la trachée. — Si l'usage du plan incliné rend le tamponnement trachéal inutile, l'« extériorisation » de la trachée en rend la « canulisation » superflue. Et cela est un avantage indiscutable, puisque la canule irrite la muqueuse, provoque la toux et gêne l'opérateur.

L'exo-traction exercée par les deux fils suspenseurs écarte, en effet, l'une de l'autre, les deux lèvres de la plaie trachéale qu'on peut ainsi élargir à volonté. Il y a, je crois, intérêt à faire cette plaie longue : cela donne de l'air au malade et du jour au chirurgien. Cet ensemble de petites manœuvres rend la cavité trachéale vraiment superficielle ; on y peut voir et opérer presque avec autant d'aisance qu'à la surface de la peau, et, quand la tumeur est enlevée, explorer et dessécher minutieusement le champ opératoire.

Cette brèche ne met pas seulement à jour la cavité de la trachée ; elle découvre encore largement la région sous-glottique et, sur certains sujets, donne un accès plus facile qu'on ne saurait le croire dans le méso-larynx.

La suture de la trachée. — La suture de la trachée est le complément nécessaire de cette opération simple et propre. Aucune canule à pression n'ayant irrité ni infecté la muqueuse, aucune pénétration de sang ne s'étant faite dans l'arbre aérien, aucun suintement hémorragique n'étant à redouter d'un champ opératoire bien desséché, il n'y a pas de raison pour laisser une canule à demeure en vue d'assurer la respiration, ni pour faire un tamponnement qui complète l'étanchement de la surface d'exérèse. Canule et tampon ne peuvent que favoriser l'infection, retarder la réunion et engendrer une cicatrisation vicieuse des téguments et de la trachée. Il n'y a plus, je crois, à plaider pour la suture immédiate de la trachée appliquée aux trachéotomies temporaires : les faits relatés dans la thèse de Mesnard (1) et, plus récemment, dans un intéressant article de Moure (2), en montrent les heureux résultats et les avantages.

Je dirai, pour terminer, que la trachéotomie large, pratiquée sur le plan incliné de Trendelenburg, avec « extériorisation » et « béance » provoquée de la trachée :

1° Permet d'explorer facilement le champ trachéal et d'y faire à l'aise toutes les manœuvres opératoires nécessitées par des tumeurs ou des corps étrangers, sans qu'il soit besoin d'utiliser les canules-tampons pour éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes, ni les canules ordinaires pour assurer la libre respiration ;

2° Donne les mêmes facilités pour les opérations à pratiquer dans la région sous-glottique et, dans l'espèce, semble pouvoir être avantageusement substituée à la thyrotomie, précédée de trachéotomie préalable et de « canulisation temporaire », qui est, à l'heure actuelle, la méthode ordinairement employée (3) ;

3° Semble pouvoir s'appliquer, sans autre modification de technique, à un certain nombre d'opérations portant sur le méso-larynx.

(1) ALFRED MESNARD. — Traitement par la suture des plaies du conduit laryngo-trachéal. *Thèse de doct.*, Paris, 1901, n° 162.

(2) E. J. MOURE. — De la suture immédiate des voies aériennes; *Rev. hebd. de laryngologie*, 8 fév. 1902, n° 6, p. 145.

(3) EDOUARD FORTUNET. — Contribution à l'étude des affections de la région sous-glottique du larynx. *Thèse de doct.*, Paris, 1899, n° 366.

II

DE LA HERNIE CÉRÉBRALE DANS LES INTERVENTIONS INTRACRANIENNES DIRIGÉES CONTRE LES OTITES MOYENNES SUPPURÉES

Par **H. CABOCHE**,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Si la chirurgie des traumatismes crâniens et des tumeurs cérébrales offre le plus fort contingent de hernies du cerveau, cet accident vient aussi compliquer la cure des abcès otitiques intracrâniens et mérite qu'on s'y intéresse.

Nous plaçant spécialement au point de vue otologique, nous étudierons successivement la symptomatologie de la hernie, sa marche, son anatomie pathologique et, après quelques considérations pathogéniques, nous déduirons le pronostic et le traitement de cette complication.

L'encéphalocèle, à la région auriculaire comme partout ailleurs, peut apparaître immédiatement après l'ouverture de la dure-mère ou seulement quelques jours après. De là deux variétés de hernies : la hernie immédiate et la hernie secondaire.

Nous aurons surtout en vue la seconde variété :

Disons seulement que la hernie primitive ou immédiate reconnaît pour cause unique l'augmentation de la tension intracrânienne. Or, deux conditions principales concourent à la production de cet excès de la tension : le volume de l'abcès et son siège.

1° Il est facile de comprendre qu'un abcès cérébral volumineux ne pourra se développer sans amener une augmentation de tension du contenu de la boîte crânienne inextensible.

2° Les abcès, comme les tumeurs, développés dans le cervelet, amènent rapidement une augmentation considérable de tension dans la loge cérébelleuse, et, à égalité de volume de l'abcès, la tension sera plus forte dans la loge cérébelleuse que dans la loge cérébrale. Mais, en outre, la lésion cérébelleuse s'accompagne très fréquemment d'hydropisie ventriculaire : nouvelle cause d'augmentation de tension. Pour toutes ces raisons la hernie immédiate atteint son maximum de fréquence au cours des trépanations cérébelleuses.

Pour M. Poirier (Anat. méd. chirurg.) les divers prolongements de la dure-mère délimitent des compartiments jusqu'à un certain point indépendants : « La grande faux du cerveau est tellement tendue qu'un épanchement peut exister dans un des compartiments qu'elle isole sans retentir sur l'autre. » Pareillement la tente du cervelet offrirait une résistance extrême empêchant tout retentissement mécanique d'une lésion de la fosse cérébrale sur la fosse cérébelleuse. Un excès de pression venant donc à se produire dans un des compartiments ne retentira souvent pas sur les autres ; en sorte que, par sa présence, la hernie indiquerait le siège de l'abcès dans le compartiment trépané. Ce fait pourrait avoir son importance et pourrait guider le chirurgien à la recherche d'un abcès cérébral dont l'existence serait connue mais non la localisation : La hernie vient-elle à se produire après trépanation de la fosse cérébrale moyenne, par exemple, on pourrait conclure à un abcès du lobe temporal.

Cette conclusion ne nous paraît pas exacte : car l'abcès pourrait être cérébelleux, et avoir produit une hydropisie ventriculaire dont l'action se ferait sentir sur le lobe temporal, d'où hernie à l'ouverture de la loge cérébrale moyenne.

Mais la réciproque n'est pas vraie ; et si la résistance de la tente du cervelet est telle qu'elle force une tumeur de la base à se mouler sur elle plutôt que de se laisser déprimer (Poirier), un abcès, même très volumineux, du lobe temporal ne produira aucune modification de pression de la loge cérébelleuse : une hernie vient-elle à se produire après trépanation de la loge cérébelleuse, on peut en conclure à la présence d'un abcès de cette région.

Sans vouloir exagérer l'importance de ces faits, nous pensons cependant qu'il faut en tenir compte et qu'ils peuvent être de quelque utilité.

La hernie primitive est rarement volumineuse (une noisette, une noix). En général elle disparaît après évacuation de l'abcès. La hernie immédiate volumineuse devenant une grave complication opératoire et nécessitant son ablation ne se voit qu'à la suite de trépanations pour tumeurs cérébrales volumineuses, mais pas, que nous sachions, pour les abcès cérébraux.

Si la recherche de l'abcès demeurait infructueuse, il faudrait réduire doucement le prolapsus cérébral et suturer la dure-mère par dessus.

Voyons maintenant la hernie secondaire, de beaucoup la plus importante.

SYMPTOMES

Classification. — Nous donnons ci-joint un schéma de la

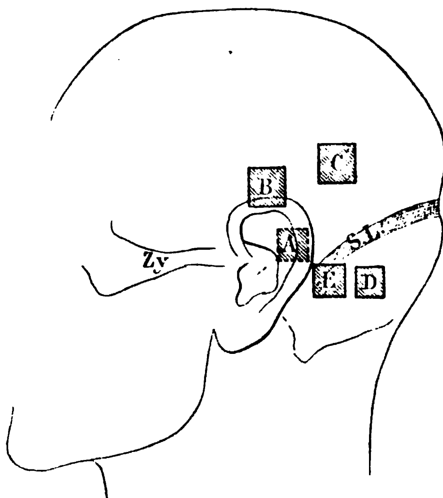


Fig. 1.

topographie des différentes ouvertures crâniennes dirigées contre les complications cérébrales des otites, schéma qui

indique les sièges possibles de la hernie cérébrale. On peut donc avoir des hernies sus-méatiques (B.), rétro-méatiques (C.), occipitales (D.), transmastoïdiennes (E.), sus-attico-antrales (A.).

Cette dernière variété succède à la trépanation faite par le procédé de Wheeler ; or, dans ce procédé, tantôt la brèche osseuse débordera passablement en haut du côté du temporal, tantôt au contraire elle sera très limitée de ce côté. Dans le premier cas la hernie se rapprochera beaucoup du groupe B ; dans le second, ne pouvant se développer vers le haut, elle se dirigera en bas, et, traversant les cavités de l'oreille moyenne, se dirigera à la surface de la mastoïde, se rapprochant ainsi du groupe C. Nous sommes donc ici en présence d'une variété spéciale et curieuse de hernie qui, pour gagner la surface crânienne, passe au travers de l'oreille. On comprend que cette disposition modifie suffisamment la disposition de la hernie pour mériter une description à part.

Nous aurons donc à étudier des hernies péri-auriculaires, et des hernies intra-auriculaires.

Symptômes subjectifs. — On conçoit *a priori* que les symptômes subjectifs doivent varier avec la portion du cortex intéressé dans la hernie. Mais pratiquement il est impossible de rattacher nettement à la présence de cette dernière les symptômes observés. Le plus souvent, en effet, avec la hernie coexistent des lésions capables d'expliquer à elles seules les symptômes observés. C'est un abcès contigu à la hernie et qui se vide secondairement à travers elle, ou bien est reconnu seulement à l'autopsie. D'autrefois on note des symptômes vagues tels que rapidité extrême du pouls, présence momentanée d'une albuminurie sérieuse, etc. En somme, rien de précis, et on peut dire que la symptomatologie de l'encéphalocèle tient tout entière dans son aspect objectif.

Symptômes objectifs. — 1° *Hernies péri-auriculaires.* — Elles se présentent sous l'aspect d'une tumeur ayant la forme d'un chapeau de champignon dépassant plus ou moins la surface du crâne et de volume variant entre celui d'une noix, une mandarine, un œuf de poule, etc. Elle augmente légèrement au moment de l'expiration et surtout pendant l'effort. Elle est animée de battements isochrones à la systole cardiaque.

A la palpation on reconnaît une consistance molle, rénitante, fluctuante même si elle contient du pus, et on perçoit en même temps un peu d'expansion à chaque systole cardiaque.

Pas de douleur, en général, ni spontanée ni à la pression.

Au début le prolapsus laisse reconnaître nettement la substance cérébrale qui s'élimine même souvent à différentes reprises. Plus tard, quand la guérison doit survenir la masse herniée se recouvre d'un manteau de granulations rouges de bon aspect, et peu à peu la surface s'épidermise.

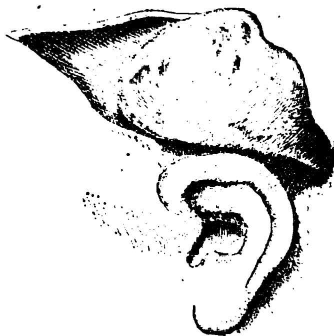


FIG. II.

Une des variétés les plus fréquentes de hernies péri-auriculaires est la variété sus-méatique (cas de St-Paget, de Gradenigo, de Mignon). Certains chirurgiens préfèrent dans le traitement des abcès temporaux à la voie sus-attico-antrale de Wheeler préconisée par les otologistes Broca, Mignon, etc., la voie sus-méatique (Chauvel, Bergmann, Ballance, Dundas Grant). Une hernie venant à se produire dans ces conditions fera saillie sous forme d'un champignon situé au-dessus du pavillon, sur une ligne perpendiculaire à l'axe du conduit. Le pavillon est abaissé en bas et en avant (cas de Mignon) (*fig.* II).

La hernie rétro-méatique vient immédiatement après la précédente comme fréquence (cas de Knapp, de Verco et Stirling. Elle succède aux trépanations faites suivant les procédés de Barker, Birmingham, Thornley et Stocker

qui ouvrent le crâne au niveau de la partie postérieure du lobe temporal.

Quant aux hernies cérébelleuses, qu'il s'agisse d'une trépanation de la fosse occipitale par le procédé classique sur le milieu d'une ligne allant de l'inion à la pointe mastoïdienne, ou par le procédé de Ballance et de Cuningham, ou bien qu'il s'agisse d'une trépanation de la partie antérieure de la fosse cérébelleuse à travers le segment postérieur de la mastoïde, elles sont assez rares (cas de Grunert et Schulze).



FIG. III.

2° *Hernies intra-auriculaires.* — Dans cette variété le prolapsus cérébral parti du toit de la caisse ou de l'antre traverse, guidé par un canal fibreux dépendant de la dure-mère, les cavités de l'oreille moyenne, et vient s'ouvrir à la surface de la mastoïde à travers l'orifice de la trépanation antrale. — Il y a lieu de lui considérer deux portions : une externe mastoïdienne, représentant le champignon que nous venons de décrire, située derrière le pavillon qu'elle repousse en avant (V. *fig.* III), une autre interne, visible seulement par

le méat auditif, et allant du toit de l'antre à la surface mastoïdienne.

Nous avons personnellement observé deux cas de cette variété, qui ont été publiés *in extenso* dans notre thèse (La hernie cérébrale au cours et à la suite de la trépanation, Paris, 1901) et qui diffèrent légèrement l'ùn de l'autre.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de 16 ans, Ch. Is., qui entre à Lariboisière presque dans le coma avec des symptômes mastoïdiens et méningés (26 mai 1900). Evidement pétro-mastoïdien. Abcès extra dural, thrombose du sinus latéral. Ligature de la jugulaire, curettage du sinus. Soupçonnant une complication cérébrale, on explore séance tenante cerveau et cervelet à travers une incision de la dure-mère faite après ablation du toit de l'antre et de la corticale mastoïdienne située derrière le sinus. Pas de pus. On ne suture pas la dure-mère.

Quinze jours après, on se décide à réunir le pavillon au bord postérieur de la plaie rétro-auriculaire. C'est alors qu'on aperçoit la hernie à travers l'incision dure-mérienne du toit de l'antre. Malgré la compression, elle progresse, remplit la cavité antrale et fait saillie en arrière du pavillon dont la réunion n'a pas été parfaite. Le 4 août la hernie a le volume d'une mandarine. Sous l'influence de la compression et de l'antisepsie, elle diminue peu à peu, et le 10 novembre la guérison est complète. La hernie est de niveau avec la table externe, et recouverte d'une mince pellicule épidermique translucide. Par le méat auditif on aperçoit le corps de la hernie logé dans l'antre et gagnant le plafond de l'aditus. Le 25 février la malade est revue ; la suppuration auriculaire est parfaitement tarie. L'épidermisation de la caisse est complète, sauf en un tout petit point. On peut alors se rendre compte du résultat définitif. Le revêtement épidermique au moment où il arrive sur l'arête formée par la portion de la paroi postérieure du conduit respectée au cours de l'évidement ne peut pas pénétrer dans la cavité mastoïdienne puisqu'elle est occupée par la hernie. Il recouvre alors celle-ci ; et le résultat final au lieu de donner deux cavités (conduit et caisse d'un côté, mastoïde évidée de l'autre) séparées par un dos

d'âne (paroi postérieure du conduit), donne un tronc de cône dont la petite base est au fond de la caisse et la grande base au méat auditif.

Notre second cas a trait à une fillette de 12 ans, B. Anna, opérée antérieurement pour un abcès cérébral otique. Lorsque nous la voyons pour la première fois, le 9 novembre 1900, elle présente derrière l'oreille une hernie cérébrale du volume d'une petite mandarine, suppurante et recouverte de granulations infectées. A la fin de novembre elle est de niveau avec la corticale mastoïdienne et recouverte d'une mince pellicule épidermiqne. En décembre 1900, nous sommes obligés d'intervenir pour débarrasser la caisse de nombreuses masses cholestéatomateuses et pour remédier à des douleurs mastoïdiennes persistantes. On fait une incision derrière le pavillon de l'oreille, sur une bande cutanée large de 4 millimètres environ qui sépare le pavillon de la hernie. On décolle la paroi postérieure du conduit (celle-ci était intacte, aucune plastique n'ayant été faite) avec beaucoup de précaution pour ne pas blesser le prolapsus cérébral situé immédiatement derrière. On constate alors que la hernie, de forme conique, sort du cerveau par le toit de la caisse, traverse obliquement de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière la partie supérieure de la caisse, croise la paroi postérieure du conduit abrasée et s'épanouit dans la trépanation antrale et mastoïdienne. Sa paroi est formée par une enveloppe résistante fibreuse lui formant une gaine cylindrique commençant à l'orifice du toit de la caisse et se terminant en dehors en s'accolant perpendiculairement à la surface de la pellicule épidermique que nous avons signalée à la portion externe de la mastoïde.

En résumé : dans le premier cas, le collet de la hernie, si l'on peut ainsi s'exprimer, est au plafond de l'antre et de l'aditus (*fig.* IV).

Le corps de la hernie est logé dans l'antre et la mastoïde agrandie, son fond ou base répond à la surface mastoïdienne. La cavité antro-mastoïdienne est supprimée du fait de la présence de la hernie. Cette disposition modifie donc complètement la figure que l'on a coutume de voir après l'attico-antrotomie, mais, condition avantageuse, elle ne crée pas d'anfractuosité.

Dans le second cas, la hernie sort du crâne au niveau du toit de la caisse et se termine à la face mastoïdienne, elle croise ainsi obliquement, comme nous l'avons dit, la partie supérieure de la caisse, et se trouve ainsi à cheval sur la paroi postérieure du conduit réséquée. Dans ces conditions elle détermine, entre sa face profonde et la paroi labyrinthique de la caisse, un petit récessus limité en haut par ce qui reste du toit de la caisse, et s'ouvrant directement en bas dans l'oreille moyenne. On peut y pénétrer facilement à l'aide d'un petit stylet coudé (*fig.* V).

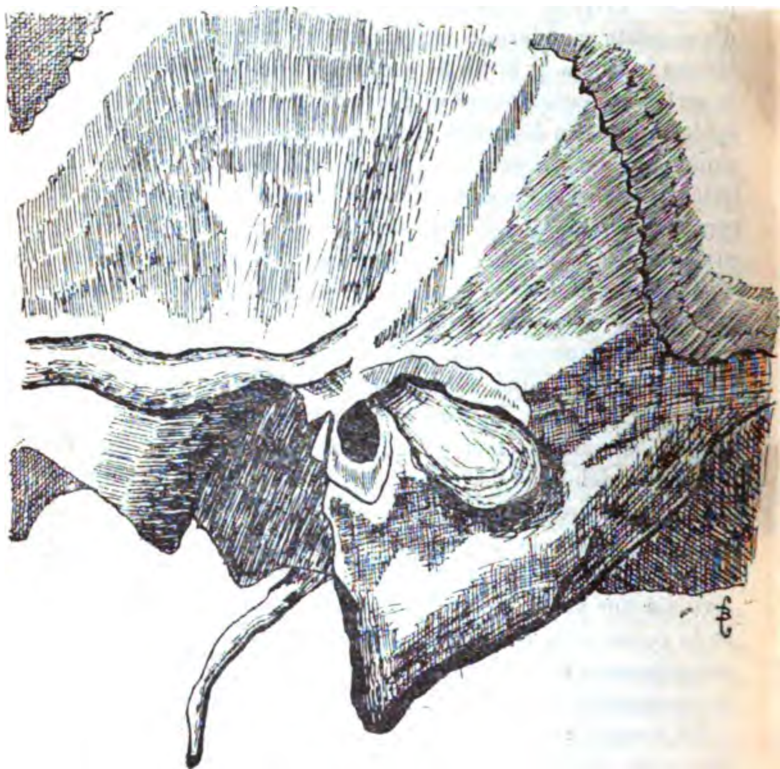


Fig. IV.

Cette disposition est certainement moins favorable que la précédente ; la présence du récessus dont nous venons de parler va à l'encontre du but que se propose l'évidement pétro-mastoïdien qui est de supprimer autant que possible toute anfractuosité qui puisse devenir un nid à microbes. Nous

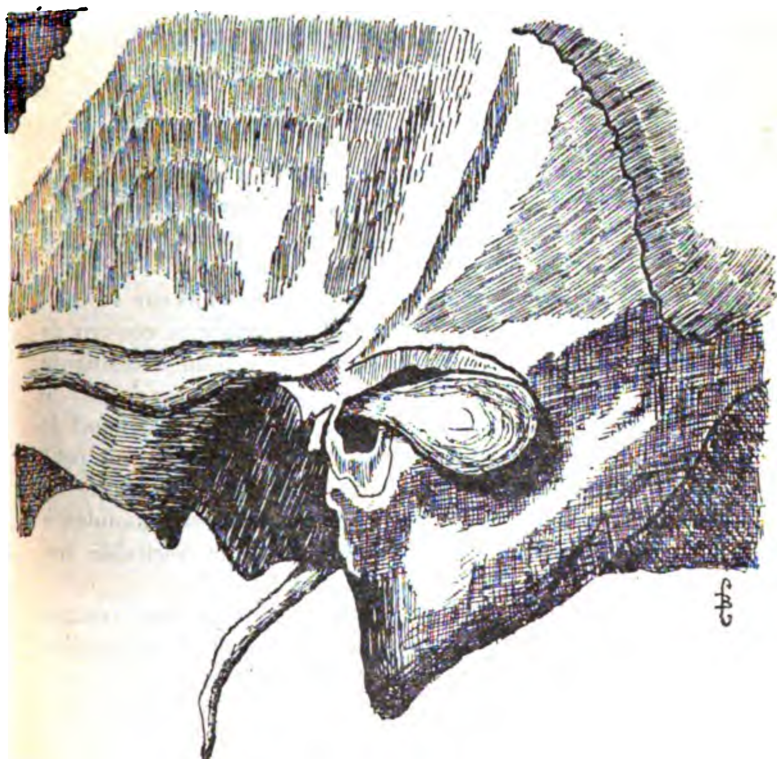


Fig. V.

craignions beaucoup pour le résultat final de l'opération, la suite des événements est venu dissiper nos craintes.

Nous avons trouvé au cours de nos recherches une autre observation de hernie intra-auriculaire qui, malheureusement, est incomplète. Il s'agit d'un abcès cérébral consécutif à un

cholestéatome de l'oreille. On pratique l'attico-antrotomie, puis, faisant sauter le tegmen tympani et le plafond de l'antre, on explore le lobe temporal. Cinq semaines après on trouve « une hernie cérébrale du volume d'un marron occupant la région supérieure de la cavité opératoire » ; quatre jours après on trouve la hernie emplissant toute la cavité opératoire. Mort le quarante-cinquième jour de l'intervention (Thomas et Lastail, *Marseille médicale*, janvier 1898).

MARCHE. — TERMINAISON

Apparaissant à une période variant entre le deuxième et le quinzième jours après l'intervention, quelquefois plus tard, la hernie, quand elle guérit, a une durée qui se compte par mois. Différentes terminaisons sont possibles.

1° *La guérison.* — Elle est très fréquente (8 fois sur 11 cas.) Lorsqu'elle doit se produire on voit la surface se couvrir de granulations rouges de bonne nature. La peau avoisinante fait, à la périphérie, de l'épiderme qui gagne peu à peu le centre de la surface et finit par recouvrir complètement le prolapsus cérébral. Après réduction de la hernie on peut trouver directement sous la mince pellicule épidermique le liquide céphalo-rachidien, parfois en quantité assez abondante pour distendre la cicatrice, constituant un véritable lac céphalo-rachidien artificiel (cas personnel.)

2° *Le sphacèle.* — Signalée par les anciens auteurs comme fréquente, cette terminaison s'appliquait surtout aux hernies consécutives aux interventions pour traumatismes crâniens.

3° *L'hémorrhagie.* — Par rupture d'une grosse veine pie-mérienne, très rare.

4° Signalons enfin la possibilité *d'adhérences* entre la hernie réduite et le cuir chevelu qui la recouvre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ici se posent un certain nombre de questions qui ne peuvent pas toutes être résolues définitivement.

1° La hernie est-elle bien constituée par du tissu cérébral ? Si l'on excepte le cas de Follet où à l'examen microscopique d'une encéphalocèle traumatique on ne trouva aucune trace de tissu nerveux, mais simplement du tissu de bourgeon charnu (fongus dure-mérien) on peut dire que la plupart des hernies sont bien constituées par du tissu cérébral (dans nos cas personnels nous avons vu des lambeaux de substance blanche dans les pansements).

2° Quelle est la disposition des méninges par rapport à la hernie ?

Lorsque la hernie se fait à travers un simple orifice osseux (hernies péri-auriculaires), la *dure-mère* contracte le plus souvent des adhérences avec cet orifice et s'arrête là, constituant une sorte de collet de la hernie ; ou bien légèrement entraînée au delà de l'orifice osseux elle se perd quelques millimètres plus loin sur le prolapsus cérébral. — Dans le cas de hernie intra-auriculaire, au contraire, la dure-mère pousse un prolongement tout autour de la hernie depuis l'orifice profond (soit de l'antre ou de l'aditus) jusqu'à l'orifice superficiel (ouverture de la corticale mastoïdienne) formant ainsi un véritable canal fibreux.

Les deux feuillets si minces de *l'arachnoïde* sont certainement détruits par les frottements du pansement.

Quant à la *pie-mère*, elle accompagne vraisemblablement le prolapsus, lui formant une sorte de sac, fragile il est vrai, dangereux aussi, puisqu'il contient des vaisseaux qui ont été l'origine d'hémorrhagies mortelles.

3° Quel est le contenu de la hernie ? Ce peut-être : α) Uniquement du tissu cérébral.

β) Du pus : l'abcès incomplètement vidé s'est reformé ; ou bien un abcès voisin respecté par l'intervention s'ouvre secondairement à son intérieur.

γ) Elle peut contenir un prolongement ventriculaire. Ceci doit toujours être présent à la mémoire si l'on est tenté d'enlever chirurgicalement la hernie.

4° Quelle est l'évolution anatomique de la hernie ?

Question difficile à résoudre faute d'examens microscopiques. S'il était indifférent d'enlever chirurgicalement un

prolapsus cérébral on pourrait peut-être en saisir histologiquement les transformations successives ; mais l'ablation est dangereuse et les examens manquent ; nous ne pouvons donc, jusqu'à nouvel ordre, que faire des hypothèses.

Il est probable que dans un certain nombre de cas, la hernie disparaît par atrophie scléreuse à la suite d'une transformation de la nature de l'encéphalite chronique. Mais dans d'autres cas la hernie semble véritablement rentrer dans le crâne à la façon d'une hernie dans l'abdomen. Nous ne pouvons nous expliquer autrement la présence du liquide céphalo-rachidien venant prendre la place de la hernie immédiatement sous la cicatrice qu'il soulève.

PATHOGÉNIE

Pour beaucoup de chirurgiens la hernie cérébrale, quelle que soit la cause contre laquelle la trépanation a été dirigée, reconnaîtrait pour mécanisme unique l'infection (Mac Ewen, Horsley, Starr, Ferrier). Celle-ci produirait la hernie en augmentant la tension intra-crânienne par le gonflement du tissu enflammé, et en ramollissant la substance cérébrale.

En ce qui concerne les tumeurs, il existe des faits incontestables de hernies pour la production desquelles l'inflammation n'a rien à voir (cas de Keen, de Mudd, de Cleghorn, de Ferrier) et où les phénomènes mécaniques doivent être seuls envisagés (hydropisie ventriculaire, élasticité normale du tissu cérébral produisant son expansion dans la cavité cérébrale opératoire, ramollissement étendu de substance cérébrale autour d'une vaste tumeur), etc. Il y a donc là dualité pathogénique : infection et action mécaniques.

En est-il de même pour les hernies consécutives aux trépanations pour abcès otitiques ?

Il est bien certain qu'ici l'infection joue le rôle le plus important et cela de deux façons.

1° L'infection existe primitivement autour de l'abcès, et c'est elle qui, par le mécanisme indiqué plus haut, produit la hernie. La rétention purulente dans l'abcès aboutit au même résultat.

2° On peut concevoir que l'abcès vidé guérirait sans complication de hernie, mais que le voisinage des cavités suppurantes de l'oreille infecte de dehors en dedans et la dure-mère qui se ramollit et la substance cérébrale. Dans le cas, dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises, d'exploration du cerveau pour un abcès qui n'existait pas, la hernie n'avait pas d'autre origine.

Le voisinage des cavités infectées de l'oreille moyenne a donc un rôle important dans la production de la hernie ; et, à ce point de vue, le procédé de trépanation sus-attico-antral présente moins de garanties que la trépanation sus-méatique. Cependant la hernie est assez peu fréquente et le procédé de Wheeler a pour lui trop d'avantages pour qu'on puisse l'abandonner.

Mais tous les abcès traités ne s'accompagnent pas de prolapsus cérébral. Cette complication est même rare à la suite du traitement des abcès otitiques. Dans le livre de Mac Ewen (*Pyogénie infective diseases of the brain and spinal cord*) pas un cas de hernie n'est mentionné sur douze interventions. Même pénurie dans Star (*Chirurgie de l'encéphale*) ; même remarque pour les lectures que nous avons faites.

Il faut tenir compte, pour expliquer cette rareté, du degré plus ou moins grand de virulence de l'infection, et aussi de la variété anatomique de l'abcès. Tantôt, en effet, celui-ci n'a pas de membrane pyogénique, tantôt, au contraire, il est séparé du tissu sain par une membrane qui peut atteindre 5 millimètres d'épaisseur. Il est probable que les abcès incisés et vidés qui s'accompagnent de hernie appartiennent à la première catégorie et ceux qui ne présentent pas cette complication, à la seconde. La membrane enkystante jouerait le rôle de barrière s'opposant au libre jeu de l'élasticité du tissu cérébral, et empêchant sa chute dans la cavité opératoire.

Il y aurait donc une part à faire aux phénomènes mécaniques dans la production de la hernie cérébrale d'origine otique, et c'est aussi l'opinion de quelques chirurgiens (Milligan Cotheril, Soc. d'otologie du Royaume Uni, 4 février 1901, Poirier). La hernie serait une sorte de soupape de sûreté dont l'existence indique une haute pression intra-crânienne. Gru-

nert et Schultze (*Jahresb. der kgl. Univ. Ohrenkl. zu Halle, Obs. IX*, admettent aussi l'importance des conditions mécaniques dans la production de la hernie ; et une forte augmentation de volume de cette dernière devrait faire soupçonner un second abcès.

Suivant l'importance attribuée à l'infection ou aux conditions mécaniques dans la genèse, on interprètera différemment le rôle du diamètre de l'ouverture crânienne dans cette genèse.

Dans le premier cas on considère qu'il faut s'opposer par tous les moyens possibles au bourgeonnement inflammatoire du tissu cérébral, et à l'infection secondaire exogène, aussi conseille-t-on les ouvertures aussi petites que possibles (Mignon-Bergmann).

Dans le second cas, toute cause qui décomprime le cerveau est considérée comme défavorable à la production de la hernie, et on préconise les grandes ouvertures (Milligan, Cotheril). M. Championnière croit aussi à la moindre fréquence de la hernie avec les grandes ouvertures.

Les faits que nous avons examinés semblent montrer que la complication se produit aussi bien avec les trépanations larges qu'avec les minimes. D'ailleurs le facteur le plus important est malgré tout l'infection ; et les dimensions du trou crânien ont moins d'importance que la propreté et la fréquence des pansements.

PRONOSTIC

1° *Quad vitam.* — Le pronostic est en somme bon (huit guérisons sur 11 cas à la suite de trépanations pour abcès otitiques). Un peu moins de un tiers des cas de hernies en général. Encore la cause de la mort est-elle moins la hernie elle-même que les lésions cérébrales qui l'accompagnent et qu'on n'a pu atteindre ou qui sont au-dessus des ressources de l'art (méningite, abcès multiples...)

2° *Pour la cure de l'abcès.* — Le seul inconvénient est d'en retarder la guérison.

3° *Pour la cure de l'otorrhée.* — Une hernie se faisant à travers les cavités de l'oreille moyenne ne semble pas avoir

d'influence défavorable sur la cure définitive de l'otorrhée. Du moins en fut-il ainsi dans nos deux cas. Le danger est, nous semble-t-il, beaucoup plus pour la hernie que pour l'oreille : le voisinage d'un prolongement du cerveau dans une cavité infectée comme l'oreille otorrhéique est toujours objet d'inquiétude. En tout cas la guérison définitive de l'écoulement est fortement allongée.

4° Quel est *l'avenir* des hernieux ?

Les observations ne vont pas, en général, au-delà de la guérison de la hernie ; il est donc difficile de répondre à cette question. Nous revoyons en ce moment notre premier cas de hernie intra-auriculaire. La guérison de l'otorrhée est parfaite. Mais depuis deux mois elle se plaint de troubles de nature hystérique sur lesquels l'attention n'avait pas été attirée avant ni immédiatement après l'intervention.

Signalons aussi des accidents d'épilepsie survenus par suite d'adhérence de la hernie réduite soit avec le cuir chevelu soit avec le bord osseux de la trépanation.

Traitement. — Il doit être préventif et curatif. Nous laissons de côté le traitement consécutif qui comprend les différents procédés de fermeture du crâne pour l'étude desquels nous renvoyons aux communications ou aux ouvrages spéciaux.

I. Traitement préventif. — Il comprend les précautions suivantes :

1° Pansements extrêmement minutieux et quotidiens de la cavité opératoire, afin d'éviter autant que possible les chances d'une infection secondaire ;

2° Suture de la dure-mère, quand, à la suite d'une trépanation pour un abcès simplement possible ou même probable, les ponctions seront demeurées infructueuses ;

3° Ouverture large de l'abcès pour éviter la rétention purulente, cause importante de prolapsus cérébral. Luc conseille pour cela une incision cruciale au galvano-cautère en pleine substance cérébrale, ce qui aurait pour résultat de lutter contre la tendance du cerveau à tomber dans la cavité, et par conséquent de s'opposer à la hernie.

Nous ne sommes pas très partisan de l'intervention du galvano dans ces conditions. Les mouchetures que nous avons faites

sur la hernie, pour tenter sa réduction, n'ont eu d'autre résultat que d'amener un ramollissement marqué de la production. Mac Ewen accuse formellement le galvano-cautère de favoriser la production de la hernie cérébrale en ramollissant le tissu nerveux.

II. Traitement curatif. — Un grand nombre de traitements ont été proposés.

De nombreux topiques ont été essayés :

Le nitrate d'argent.

Le collodion.

L'alcool absolu.

Le perchlorure de fer.

La potasse caustique.

On a essayé la réduction de force (?) (Rushton Parker) l'ignipuncture.

La ligature élastique suivie d'une autoplastie spéciale (Mignon).

L'ablation de la tumeur.

La compression modérée jointe à une antisepsie minutieuse.

Nous ne saurions être partisan de l'exérèse de la hernie :

C'est une opération aveugle : Il est impossible de savoir à l'avance s'il n'y a pas un prolongement ventriculaire dans cette hernie, auquel cas c'est la communication des ventricules avec l'extérieur, c'est-à-dire une situation grave, surtout si la hernie se trouve dans un milieu infecté.

C'est une opération dangereuse : dans un cas de Lawson l'hémorrhagie fut très abondante, on eut grand peine à l'arrêter, et on dut renoncer à l'ablation qui ne fut que partielle.

Elle ne s'oppose nullement à la récidive.

Enfin elle peut contenir une portion noble du cerveau, et, dans ce cas, son ablation serait désastreuse.

Dans l'immense majorité des cas on peut dire que la hernie guérit seule. Il suffit de prendre des précautions antiseptiques, auxquelles on joindra une compression modérée.

III

LE PLANCHER DE LA CAISSE

ÉTUDE ANATOMIQUE [1]

Travail de la clinique Oto-Rhino-Laryngologique de l'Hôpital Saint-Antoine.

Par J. ROZIER (Lauréat des Hôpitaux de Paris).

L'oreille moyenne comprenant la caisse du tympan et la trompe d'Eustache se développe aux dépens de la portion postérieure de la gouttière interne ou endodermique appartenant à la première fente branchiale. Cette portion postérieure se transforme, en effet, en un canal (canal pharyngo ou tubo-tympanique) par rapprochement et soudure de ses deux lèvres, tandis que la portion antérieure de la même gouttière disparaît. Le canal tubo-tympanique reste en communication avec le pharynx par son extrémité antérieure. Quant à l'extrémité postérieure de ce canal, séparée du premier sillon branchial externe par la membrane d'occlusion ou membrane du tympan, elle s'élargit bientôt, empiétant littéralement sur les premiers et deuxièmes arcs correspondants et les débordant en haut et en arrière. Le segment élargi du canal tubo-tympanique représente la caisse et le segment cylindrique la trompe d'Eustache.

La cavité de la caisse, chez les embryons très avancés est très étroite : ses parois externe et interne se trouvant presque

(1) Le sujet de ce travail nous a été donné par notre maître le Dr Lermoyez. M. Lubet-Barbon nous a souvent aidé de ses conseils. Qu'ils nous permettent tous deux de les remercier.

accolées. Ce fait est dû au développement d'un tissu conjonctif gélatineux que Tröltsch a vu le premier à la paroi interne de la caisse du fœtus. Ce tissu gélatineux persiste pendant la vie fœtale. Ce n'est qu'au moment de l'entrée de l'air inspiré dans la trompe que ce tissu disparaît pour faire place à une muqueuse ordinaire. La cavité du tympan gagne ainsi en étendue tant à sa face interne qu'en haut et en arrière.

Formation osseuse de la caisse [1]. — Pendant ce stade membraneux, la caisse n'est à peine qu'ébauchée ; elle ne se forme véritablement qu'en se chondrifiant.

Chez les embryons humains de trois à quatre mois, on voit appliquée contre la face externe de la région auditive l'enclume, le marteau qui se continue avec le cartilage de Meckel, osselets dont l'ossification est complète au troisième mois.

Quant au rocher, qui jusque-là n'était qu'une masse cartilagineuse, transparente, de peu d'épaisseur, sans canal carotidien, ni apophyse vaginale, il se transforme, car on distingue le limaçon et les canaux semi-circulaires.

Au quatrième mois, limaçon et canaux semi-circulaires sont ossifiés ainsi que fenêtre ovale et ronde. Le rocher a 2 centimètres de long et manque de canal carotidien. L'artère est placée dans une rainure qui correspond en arrière au point de réunion des valves osseuses qui enveloppent le limaçon.

Au rocher s'adjoignent chez l'homme deux os de revêtement : la portion squameuse et la portion tympanique. La portion tympanique consiste en un anneau osseux étroit, qui se développe aux dépens du tissu conjonctif en dehors des osselets de l'oreille moyenne, du marteau, et du cartilage de Meckel. Appliqué directement sur le rocher cet anneau osseux fait que la caisse n'a qu'une très petite profondeur.

L'apparition vers le cinquième mois d'une lame osseuse appelée « toit de la caisse » repousse l'écaille en dehors et creuse ainsi supérieurement la caisse tympanique. Vers la même époque apparaît une autre lame qui se développe par un point osseux spécial, entre la partie inférieure du rocher et le cercle tympanal et qui agrandit la caisse inférieurement.

(1) Rambaud et Renault. — *Traité d'embryologie.*

C'est le plancher de la caisse. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur le développement des parois de la caisse, nous réservant d'y revenir dans le cours de notre travail.

CAISSE DU TYMPAN (1).

La caisse du tympan située dans l'épaisseur du rocher est une cavité intermédiaire au conduit auditif externe et au labyrinthe. Sa forme irrégulière a dérouté la plupart des anatomistes qui l'ont étudiée et qui, pour la décrire, se sont servis de termes de comparaisons plus ou moins différents.

Fallope la compare à une caisse militaire, Trœltsch, à une tabatière reposant sur un de ses petits côtés, Henle, à un cylindre, Poirier à une lentille biconcave. Toutes ces comparaisons sont loin de nous donner une idée exacte de la caisse, qu'il serait plus sage de définir avec Politzer « une cavité irrégulière, prismatique, resserrée de dehors en dedans, plus haute que large ».

Divisions. — Politzer dit avec raison que la dénomination usuelle des parois de la caisse en parois externe, interne, supérieure, inférieure ne correspond pas à leur situation réelle. En effet, le diamètre de haut en bas n'est pas vertical. Sa position est inclinée de haut en bas et en dedans : aussi dans la position normale de la tête, la paroi externe fortement inclinée est une paroi externe inférieure, la paroi interne qui recouvre en réalité la paroi externe, une paroi interne supérieure : la paroi inférieure, une paroi inférieure interne et la paroi supérieure, une paroi supérieuxe externe.

Cette division de la caisse en six parois est plutôt faite pour faciliter les descriptions anatomiques, car il est difficile de trouver dans une caisse aussi irrégulière des parois nettement limitées.

Pour avoir une vue des plus nettes de la caisse du tympan,

(1) Pour faire l'étude anatomique de cette région, nous avons réuni une centaine de temporaux d'enfants et d'adultes, dont quelques-uns proviennent de la collection de notre interne M. Grivot.

nous n'avons qu'à scier un temporal verticalement dans l'axe du conduit auditif externe (Voir *fig.* 1).

Kretschmann a divisé cette caisse en trois parties :

1° La caisse proprement dite ou portion labyrinthique de l'oreille moyenne, comprise entre la paroi supérieure et inférieure du conduit auditif externe ;

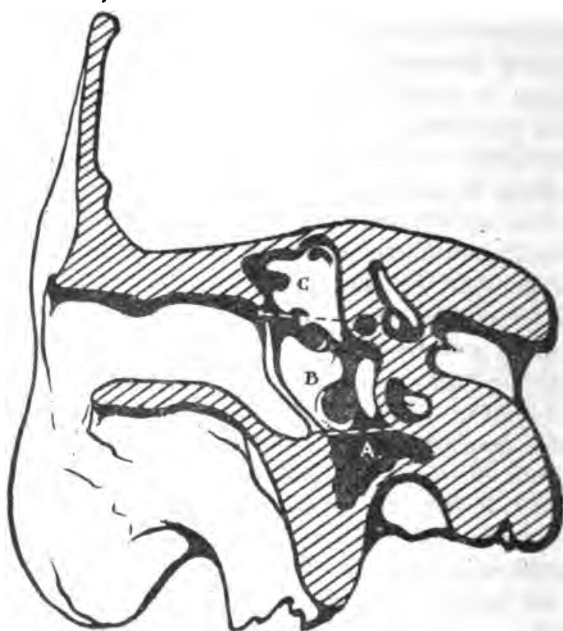


Fig. I. — Coupe transversale de l'oreille moyenne, montant les trois étages de la caisse.

A. Recessus hypo-tympanique. — B. Caisse proprement dite ou portion labyrinthique. — C. Recessus épitympanique.

2° Une partie de la caisse comprise au-dessus de la paroi supérieure du conduit. C'est le recessus épitympanique de Schwalbe ;

3° Une partie qui se trouve au-dessus de la paroi inférieure du conduit, c'est le recessus hypotympanique de Kretschmann.

Jusqu'à présent, la plupart des anatomistes avaient donné à la paroi inférieure de la caisse, le nom de paroi jugulaire. Quelques-uns l'ont appelée plancher, terme qui nous semble peu justifié par nos recherches anatomiques : car si nous faisons une coupe horizontale passant au niveau de la paroi inférieure du conduit auditif externe, nous voyons en dedans de la partie inférieure de la membrane tympanique une vaste cavité en contre-bas par rapport au conduit auditif et dont la forme convexe ou concave varie avec chaque individu. Souvent aussi il est difficile de la délimiter des parois postérieures, antérieures, internes et externes de la caisse.

Körner avait donné à cette cavité le nom de « cavum ». Nous lui conserverons le nom de recessus hypotympanique, pour bien la mettre en parallèle avec le recessus épitympanique.

Le recessus hypotympanique se trouve compris entre la partie inférieure du cadre tympanal en dehors et la partie du labyrinthe sous-jacente au promontoire en dedans. Il s'étend en avant jusqu'à l'ouverture de la trompe et se confond en arrière avec la paroi postérieure de la caisse.

Dans notre description, nous délimiterons notre cavité en lui décrivant quatre parois :

a) Paroi externe ;
b) — postérieure ;
c) — interne ;
d) — antérieure.

Nous finirons par une étude d'ensemble du recessus.

PAROI EXTERNE

Si nous examinons le temporal d'un fœtus de six mois, et si nous détachons le cercle tympanique, nous voyons à la partie inférieure de la caisse une gouttière à concavité externe. Cette gouttière, qui n'est autre que le recessus hypotympanique, n'aurait pas à proprement parler de paroi, si le cercle tympanique ne venait pas s'appliquer contre elle. Aussi au

fur et à mesure que l'enfant se développe cette paroi subit-elle des modifications importantes.

Sur un fœtus de trois mois et demi, le recessus est rempli par une masse fibreuse. L'anneau tympanique est horizontal, parallèle presque à la base du crâne. Lorsque la partie inférieure de la caisse se développe, le cercle tympanal tend à se redresser, faisant ainsi gagner en profondeur le recessus hypotympanique. A la naissance, l'anneau osseux fait corps avec la partie inférieure de la caisse et ainsi la paroi externe du recessus est définitivement constituée. Sur des rochers d'enfants il nous a été donné de voir souvent des traces de suture entre le cercle tympanal et la partie inférieure de la caisse. Une fois même, nous avons pu voir sur un rocher d'adulte une déhiscence qui avait 6 millimètres de long et 12 millimètres de large.

La direction de cette paroi externe est la même que celle du cadre tympanal qui a, par rapport à l'axe du conduit auditif externe, une direction oblique d'avant en arrière. Plus cette obliquité sera prononcée et moins le recessus hypotympanique sera profond.

Nous n'aborderons pas les discussions qui ont eu lieu pour savoir si la membrane du tympan est à la naissance plus horizontale que chez l'adulte. Presque toujours nous avons trouvé chez les nouveau-nés une membrane du tympan extrêmement inclinée, à peu près horizontale. Au cours de la première année cette situation se modifie ; la membrane se redresse : processus qui est parallèle au développement du crâne.

Sur le schéma (*fig.* 2) nous avons essayé de montrer quelle était l'influence du redressement de la membrane du tympan sur la formation de la paroi externe. A mesure que la membrane AB se redresse, le cercle osseux qui est en A se redresse à son tour. Pendant cette évolution, la paroi externe est définitivement constituée, agrandissant d'autant le recessus (*r*).

Si le cadre tympanal est horizontal, plancher et cadre se trouvent sur le même niveau, il n'existe pas de paroi. C'est ce que nous avons trouvé sur un temporal de notre collection où l'on voyait une membrane très inclinée de bas en haut et de

dedans en dehors. La partie inférieure du cadre tympanal venait au contact de la partie inféro-interne de la caisse.

Si le cercle tympanal se redresse, l'angle qu'il forme avec le plancher devient de plus en plus aigu et il peut même arriver que cette paroi externe soit perpendiculaire au plancher.

Elle peut aussi se creuser, prendre la forme d'une gouttière, qui irait sous le cadre tympanal. Sur deux temporaux dont le recessus hypotympanique était convexe de dedans en dehors, on voyait sous le cadre tympanal un prolongement du recessus qui formait une gouttière mesurant 1 millimètre de haut sur 4 millimètres de large.

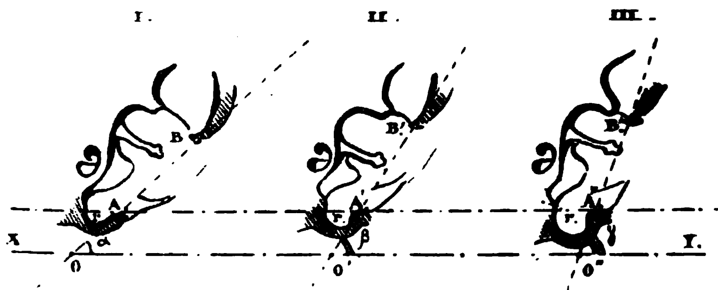


Fig. 11. — Schéma indiquant les changements d'inclinaison du plan de la membrane du tympan par rapport à l'horizon et la formation de la paroi externe du recessus hypotympanique.

I. Vie fœtale. — II. Au moment de la naissance. — III. Age adulte.
AB. Membrane du tympan. — XY. Horizon. — R. Recessus hypotympanique.

Sur la figure 3 nous voyons un de ces prolongements du recessus hypotympanique, qui passe sous le cadre tympanal et s'étend sous la paroi inférieure du conduit auditif externe.

Ces prolongements peuvent nous expliquer comment dans certains cas à la suite d'une otite le pus peut se faire jour dans le conduit sans qu'il y ait perforation du tympan. Il suffit que la paroi inférieure du conduit et la gouttière dont nous avons parlé, soient séparées par une mince lamelle osseuse :

ce qui existait bien nettement sur la pièce qui a servi à dessiner la figure 3.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que la profondeur du recessus, c'est à-dire la hauteur de cette paroi externe doit être assez variable.

Huguier dit que la gouttière qui se trouve comprise entre le cadre tympanal et la paroi inférieure du recessus peut aller jusqu'à 4 millimètres.

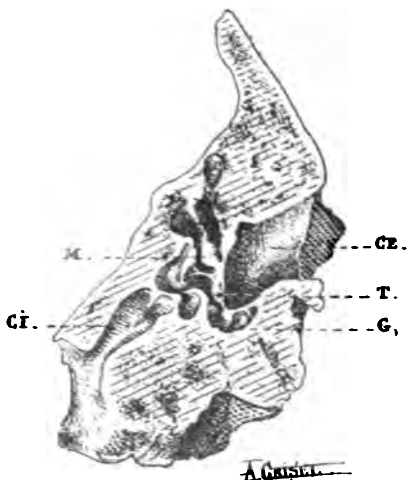


Fig. III. — Vue antérieure d'une coupe verticale passant par le milieu du conduit auditif externe.

CE. Conduit auditif externe. — CI. Conduit auditif interne. — T. Membrane du tympan. — M. Marteau. — G. Gouttière venant du recessus hypotympanique et passant sous le cadre tympanal.

Kretschmann trouve comme hauteur 2 millimètres 1/2 à 4 millimètres.

Politzer et Bezold trouvent 2 millimètres 1/2. Pour nous, nous avons mesuré la hauteur de cette paroi externe en trois endroits différents et nous avons obtenu comme moyennes :

1° Au milieu $2^{mm},6$;

2° Au bord postérieur $2^{mm},2$;

3° Au bord antérieur $2^{mm},5$.

D'après ces chiffres, il résulterait que le recessus hypotympanique est plus en contre-bas à la partie antérieure qu'à la partie postérieure.

D'après nos observations nous voyons que la forme du recessus a une très grande influence sur ces chiffres. Lorsque le recessus est très concave : il arrive que les bords postérieurs et antérieurs du recessus se confondent avec le cadre tympanal alors que la profondeur médiane est de 3 millimètres. C'est ce que nous avons trouvé six fois dans notre collection.

En résumé, nous voyons déjà d'après l'étude de cette paroi externe, que le recessus hypotympanique est bien en contre-bas par rapport au conduit auditif externe : et si nous avons tant insisté sur sa profondeur, c'est qu'en pathologie auriculaire elle acquiert une très grande importance.

Dans les otites cette paroi externe qui forme avec la paroi inférieure du recessus une gouttière plus ou moins prononcée, reste en permanence sous une couche de pus croupissante.

Plus cette gouttière sera profonde et moins le pus aura de chance d'atteindre la membrane du tympan qui en se perforant, permettra l'évacuation du pus.

PAROI POSTÉRIEURE

La paroi postérieure de la caisse serait, d'après Politzer, perpendiculaire à la paroi inférieure. Cela est vrai, lorsque le plancher est dans une position horizontale, ce qui est assez rare. Comme le plus souvent, il est incliné de dedans en dehors, la rencontre de la paroi postérieure avec le plancher se ferait suivant un angle plus ou moins obtus.

En examinant cette région avec soin, on la trouve sillonnée d'aspérités de toutes sortes qui lui donnent un aspect des plus sinueux. Soulevée la plupart du temps du côté externe c'est-à-dire près du cadre tympanal par une saillie osseuse assez volumineuse, elle finit généralement à sa partie interne par un cul-de-sac, dont la profondeur varie avec chaque sujet. Sa direction varie avec chaque temporal. Elle est généralement inclinée de haut en bas et d'arrière en avant.

Apophyse styloïde. — La saillie osseuse signalée plus haut et qui se trouve tout près du cadre tympanal correspond au bombement de l'extrémité supérieure du processus styloïde. C'est Politzer, qui le premier (*Arch. f. Ohr.*, vol. X) a étudié cette question. D'après lui, cette apophyse qui provient du deuxième arc branchial est généralement cartilagineuse à la naissance et ne s'ossifie que dans le cours de la première année de la vie. La forme de sa partie supérieure chez les nouveau-nés est celle d'une massue dont l'extrémité supérieure bosselée se trouve en dessous de l'éminence pyramidale. L'ossification de l'apophyse styloïde commence par son extrémité supérieure et assez souvent avant la naissance. Cette extrémité supérieure renflée, dirigée en avant, touche à la paroi postérieure de la caisse et la repousse assez souvent sous forme d'une protubérance arrondie, irrégulière vers la cavité tympanique. Cette protubérance n'est pas constante ; mais elle peut quelquefois être si forte qu'un stylet introduit le long de la face postérieure du conduit auditif externe va buter contre elle.

Pyramide. — D'abord après, mais un peu plus haut, nous trouvons la base de la pyramide, qui loge le muscle de l'étrier. Celle-ci appartient plutôt à la paroi postérieure de la caisse. Quelquefois, surtout lorsqu'on a affaire à un mastoïde très pneumatique on trouve des cellules qui partent de la partie postérieure du plancher et qui vont jusqu'au canal de la Pyramide. C'est une particularité qui peut avoir son importance, car le canal de la Pyramide, qui va, ainsi que Huguier l'a démontré, jusqu'à la base du crâne, est situé en avant de l'aqueduc de Fallope et communique même avec lui par un ou deux orifices en forme de fentes qui livrent passage au nerf (Politzer, *Mal. de l'oreille*) et aux vaisseaux du muscle de l'étrier.

Cavité sous-pyramidale ([1]). — Tout à fait sous la pyramide se trouve une cavité que Huguier a appelé « cavité sous-pyramidale » et que Steinbrügge a parfaitement étudiée en 1879 sous le nom de « Sinus tympani » ([2]).

([1]) Cette description a été faite en collaboration avec notre ami Grivot, interne à l'Hôpital Saint-Antoine, qui faisait en même temps que nous un travail sur le nerf facial.

([2]) Steinbrügge. — Ueber den sinus tympani. — (*Zeit. f. Ohr.*, 1879.)

Cette cavité semble avoir été vue par la plupart des anatomistes anciens. Schelhammer (De auditu, 1684) dit que les ondes sonores ne pénètrent dans le labyrinthe que par la fenêtre ronde. Or, dit-il, comme la membrane qui la tapisse n'est pas vis-à-vis du tympan, le sinus devient nécessaire pour faire converger les vibrations disséminées dans la caisse et donner plus de force aux sons les plus faibles.

Morgagni reprenant la théorie de Schelhammer croit qu'il s'agit dans ce cas là de l'*antrum*.

Riolan, Rolfink, Bartholini, Du Verney, Valsalva, ne mentionnent pas la cavité.

Viesusens parle d'un sinus entre les deux fossettes ; mais il paraît avoir songé à la cavité de l'éminence pyramidale « où le corps du petit muscle de l'étrier est caché ». C'est d'ailleurs ce que nous retrouvons chez Casebonne. « Prœterea inter foramen ovale et canalem pro musculo stapedis cavitas reperitur. »

Comparetti écrit ceci : « Pars posterior et intima (si tympani) superius præbet foveam, quæ ad latera et in recessu intimiore fenestræ ovalis immergitur quæque in descensu accedit ad oram fenestræ ostundæ. »

En 1820 Meckel dans son traité d'anatomie humaine dit que l'espace qui est situé entre l'éminence triangulaire, le promontoire et la fenêtre ovale forme un enfoncement « sinus tympani ».

Wilberg, dans son traité d'anatomie pathologique parle d'un creux assez grand derrière le promontoire.

Quoi qu'il en soit nous voyons que jusqu'en 1879, ce sinus avait peut-être été vu, mais nullement étudié. C'est Steinbrügge qui le premier nous en a fait une excellente description. Nous nous sommes inspirés de son travail, en insistant surtout sur les rapports de cette cavité [1].

Sur des coupes de temporaux faites dans le sens antéro-postérieur, et passant le long de la paroi postérieure du conduit auditif externe, nous constatons qu'il existe, à la limite posté-

[1] Dr J. Rozier. — Etude anatomo-pathologique du plancher de la caisse. Thèse pour le doctorat (année 1902).

rieure de la paroi labyrinthique de la caisse, une anfractuosité qui s'étend au-dessous de l'aqueduc de Fallope jusqu'à proximité de l'extrémité ampullaire du canal semi-circulaire vertical comme aussi du canal horizontal.

Cette cavité est pour ainsi dire constante.

Steinbrügge, qui l'a étudiée sur 37 rochers, a constaté qu'elle existait 35 fois avec des dimensions variables : deux fois seulement il existait une petite fossette irrégulière et peu profonde.

D'après nos recherches qui ont porté sur les soixante temporaux d'adultes de notre collection, nous avons constaté :

1° Onze fois nous avions affaire à une véritable cavité mesurant de 5 à 8 millimètres de profondeur.

2° Quinze fois nous avons trouvé des cavités dont la profondeur variait entre 2 et 4 millimètres.

3° Vingt-quatre fois nous avons trouvé, non pas une cavité, mais une petite fossette irrégulière n'ayant guère plus de 1 millimètre de profondeur.

4° Dix fois il n'existait pas la moindre trace d'une excavation.

Sur les temporaux d'enfants, nous avons presque toujours constaté une cavité sous-pyramidale dont la profondeur était en rapport avec l'âge du sujet. Il semblerait même, que cette cavité s'agrandisse au fur et à mesure que le rocher et surtout la mastoïde se développe.

Lorsque le marteau et l'enclume sont en place, la cavité sous-pyramidale est absolument invisible. Pour bien la voir, il suffit de scier la paroi externe de la caisse.

Si maintenant on veut se faire une idée de sa forme et de sa profondeur il faut pratiquer des coupes qui passent entre la pyramide et la fenêtre ovale.

Le sinus tympani est situé sur un plan postérieur par rapport à la fenêtre ovale et à la fenêtre ronde, à peu près à égale distance entre les deux. Quelquefois il est situé un peu plus haut que la fenêtre ronde ; mais il arrive souvent que cette cavité sous-pyramidale communique largement avec la fenêtre ronde surtout lorsque cette dernière se trouve située très bas

L'orifice du sinus tympani a une forme des plus variables ; tantôt il est ovale, tantôt il est en fer à cheval ; dans le premier cas il donne l'illusion d'une deuxième fenêtre ovale.

Sa limite antérieure est formée par le promontoire.

En haut et en bas cette cavité est circonscrite par deux petites murailles osseuses dont l'une partant de l'éminence pyramidale va vers le bord postérieur et inférieur de la fenêtre ovale et dont l'autre se dirige vers la fenêtre ronde.

Quelquefois même il arrive qu'un de ces rebords osseux passse au-dessus du sinus tympani et partage son orifice en deux portions, une supérieure très petite et une inférieure plus grande.

Cette limite supérieure existe presque toujours ; il peut cependant arriver que fenêtre ovale et sinus tympani soient réunis par une toute petite rigole.

En arrière, la cavité sous-pyramidale s'étend au-dessous de l'aqueduc de Fallope et de la base de la pyramide qui lui forment un dôme.

En avant, elle se continue avec la paroi postérieure du recessus hypotympanique. Cette continuité du plancher et du sinus tympani, si visible sur les temporaux de fœtus et quelquefois même d'adultes, comme nous le verrons plus loin, peut avoir une très grande importance en pathologie auriculaire. Pour nous, nous sommes d'avis de considérer la cavité sous-pyramidale comme un petit diverticule de la paroi postérieure du recessus hypotympanique.

Si nous résumons le résultat de nos recherches sur la cavité sous-pyramidale, nous voyons qu'elle a une existence constante ; et nous sommes persuadés qu'elle joue un grand rôle dans les complications des otites.

En effet par sa profondeur qui dans quelques cas (18 1/2 %) d'après notre statistique, peut aller jusqu'à 6 à 7 millimètres, par sa continuité avec le recessus et sa situation en contre bas par rapport à la paroi inférieure du recessus, cette cavité devient un réservoir fort propice au pus qui remplit le recessus.

Par sa situation elle est difficilement accessible à la curette.

Fig. IV. — Vue de la paroi postéro-interne de la caisse.

Coupe faite suivant la ligne AB, passant par les bords postérieurs de la fenêtre ovale et ronde et permettant de voir les rapports de la cavité sous-pyramidale avec le facial.

1. — Segment antérieur de la coupe.
2. — » postérieur »

T. — Membrane du tympan. — CE. Conduit auditif externe. — P. Pyramide. — F. Facial. — FO. Fenêtre ovale. — FR. Fenêtre ronde. — CSP. Cavité sous-pyramidale. — M. Mastoïde.

Les rapports intimes avec le facial ainsi que nous avons essayé de le montrer sur la figure 4 peuvent nous expliquer certaines paralysies faciales. Le voisinage du sinus latéral, de la fosse jugulaire, des cellules mastoïdiennes et de quelques petites veines qui viendraient du fond du sinus (Testut) pour aller à la muqueuse de la caisse, peut être la cause d'infections de toutes sortes.

Il nous reste à signaler les rapports de la cavité sous-pyramidale avec les canaux demi-circulaires vertical et horizontal, surtout avec le premier, pour que nous puissions nous expliquer la possibilité d'une propagation d'une carie de la caisse au labyrinthe.

PAROI INTERNE

Il n'existe pas toujours une ligne de séparation bien nette entre le bord inféro-interne de la caisse et le plancher. Si nous lui avons donné le nom de paroi, c'est que cela facilitera nos descriptions anatomiques, car le mot « bord interne du recessus » serait plus exact que celui de paroi.

1° *Sa direction.* — La direction de cette paroi peut être représentée par une ligne courbe dont le sommet du promontoire formerait la pointe. Elle aurait une longueur moyenne de 8 millimètres.

Parallèle au cadre tympanal dans sa portion antérieure, cette paroi oblique fortement en dedans à partir du promontoire et tend à s'éloigner du cadre tympanal, agrandissant d'autant la paroi postérieure du recessus.

Cette paroi interne commence à la partie postéro-inférieure du promontoire, dans cet angle, qui se trouve situé, entre la cavité sous-pyramidale d'un côté et la fenêtre ronde. Elle partirait de cette dépression que l'on rencontre à ce niveau et que l'on a appelée la fossette ou niche de la fenêtre ronde.

2° *Fenêtre ronde.* — Cette niche que tous les classiques placent dans la paroi interne de la caisse mériterait à notre avis de faire partie d'une description de la paroi inférieure de la caisse.

Comme nous avons pu le constater sur beaucoup de nos pièces, la partie inférieure de la niche ne serait autre que la paroi interne du recessus hypotympanique.

La fenêtre ronde vue du côté de la caisse s'ouvre dans le fond d'une dépression qui lui sert de vestibule et que l'on appelle la fossette de la fenêtre ronde (*fossula rotunda*). Le promontoire la surplombe et la dissimule en grande partie : aussi pour la voir faut-il regarder le promontoire non pas de face, mais par son côté postéro-inférieur. On voit alors que la fenêtre ronde regarde en arrière, en dehors et en bas.

a, Sa situation. — Quand il s'agit d'établir la situation exacte de la fenêtre ronde par rapport à la membrane du tympan, les avis se trouvent très partagés.

Hamon du Fougeray et Botey disent que la fenêtre ronde correspond à la moitié inférieure de la membrane tympanique.

Pour Courtade, au contraire, elle correspondrait à la moitié supérieure. D'après lui elle ne descendrait pas au-dessous de l'ombilic.

Dans les premiers mois de la naissance, dit Cloquet, elle est dirigée presque antérieurement. Vers la naissance, elle est obliquement tournée en arrière par le développement du tympan : mais ensuite elle s'incline de nouveau en dehors et un peu en bas par l'effet de la formation des cellules mastoïdiennes et de l'accroissement de l'apophyse qui les renferme.

Sur un fœtus de sept mois on constate que la fenêtre ronde est située dans le quadrant postéro-inférieur et que son bord supérieur serait à la hauteur de l'extrémité inférieure du manche. C'est ce que l'on peut voir sur la pièce qui a servi à dessiner la figure 4 et où l'on voit très nettement la fenêtre ronde reposer sur la paroi inférieure du recessus.

Chez un nouveau-né nous avons à peu près les mêmes dispositions ; mais ici la fenêtre ronde serait plutôt oblique par rapport à la membrane du tympan; alors que chez un fœtus d'après Voltolini, elle serait parallèle.

A mesure qu'on examine des sujets plus âgés, on voit que la niche se porte en arrière vers l'apophyse mastoïde ; mais tout en correspondant avec la moitié inférieure de la membrane

tympanique : ce qui d'ailleurs est expliqué par le développement.

Chez le fœtus toute la paroi interne de la caisse se trouve sur un plan parallèle à la membrane tympanique ; or comme le développement progressif se fait par la base, toutes ces parties s'élèvent peu à peu. D'un autre côté la membrane tympanique, qui à l'origine est presque parallèle à la base du rocher tend ensuite à se redresser. Il s'ensuit de là que la fenêtre ronde garde toujours avec la membrane tympanique les mêmes rapports. C'est sa direction seule qui change.

Cette longue digression qui nous a permis de dire que la fenêtre ronde était toujours en rapport avec la moitié inférieure de la membrane tympanique sert à prouver ce que nous avancions tout à l'heure, lorsque nous disions que la fenêtre ronde appartient plutôt à la partie postéro-inférieure du recessus qu'à la partie interne de la caisse.

b) *Ses rapports.* — La fenêtre ronde se trouve située, ainsi que nous l'avons dit, sous le promontoire et en arrière, à 3 millimètres au-dessous de la fenêtre ovale. Elle répond à l'extrémité inférieure de la rampe tympanique du limaçon qui lui fait suite.

Son diamètre variable suivant les sujets mesure de 1 mm. 1/2 à 5 millimètres.

Elle se trouve fermée à l'état frais par une mince membrane un peu concave du côté de la caisse. C'est la membrane de la fenêtre ronde ou tympan secondaire (Scarpa).

La fenêtre ronde est un peu visible, car le promontoire la surplombe : aussi faut-il pour la voir regarder le promontoire non de face, mais par son côté postéro-inférieur. On constate alors que la fenêtre ronde s'ouvre dans le fond d'une dépression qui lui sert de vestibule.

D'après les pièces que nous avons eues entre les mains, nous comparerions volontiers cette niche à un tunnel qui reposerait sur le plancher de la caisse. C'est une disposition que nous avons rencontrée dix-huit fois, ce qui nous montre bien les rapports intimes de la fenêtre ronde avec la paroi inférieure du recessus.

Quinze fois nous avons trouvé entre la paroi inférieure du

recessus et la fenêtre ronde une distance de 1 millimètre. Sur les autres temporaux une distance variant de 1 à 3 millimètres.

Quelquefois, on voit un des côtés du tunnel reposer sur le plancher, alors que l'autre va sur la face postérieure de la caisse. Dans ces cas-là, cavité sous-pyramidale et fenêtre ronde communiquent ensemble.

c) *Rapports de la fenêtre ronde avec le conduit auditif externe.* — En terminant, nous dirons un mot des rapports de la fenêtre ronde par rapport au conduit auditif externe et notamment à la partie postérieure du conduit, dont elle est séparée par 4mm,40 en moyenne.

L'oreille interne ne nous est accessible que par deux voies, la fenêtre ovale d'un côté, la fenêtre ronde de l'autre. La première difficilement accessible est fermée par la base de l'étrier. Quant à la seconde, elle a une situation qui peut nous permettre de l'atteindre facilement.

Botey est le premier qui ait proposé cette voie pour atteindre l'oreille interne. Il a même fait quelques opérations dans ce sens. Avant de nous prononcer, nous attendrons encore quelques observations, tout en étant persuadé que c'est bien la meilleure voie pour atteindre l'oreille interne.

On a objecté à Botey que la direction de l'ouverture de la fenêtre ronde dirigée en dehors et en arrière la mettait à l'abri de nos entreprises chirurgicales. La fenêtre ronde n'est généralement pas visible en entier. Nous en exceptons quelques cas, où en examinant l'oreille de quelques malades, il nous a été permis de la voir en entier.

Elle est cachée par le bord postérieur de l'anneau tympanique. Pour la rendre bien visible, il suffit de faire tourner fortement le visage du malade du côté de l'oreille examinée. Ne pourrait-on pas aussi, pour l'atteindre sûrement, enlever en partie la paroi postérieure du conduit. A ce niveau, le canal de Fallope n'est, il est vrai, qu'à 3 ou 4 millimètres du cadre tympanal, mais n'y aurait-il pas assez d'espace pour faire sauter 1 millimètre à 1 millimètre et demi de la paroi.

3° *Promontoire.* — D'abord après la fenêtre ronde nous trouvons le promontoire dont la partie inférieure forme avec

la paroi inférieure du recessus un angle plus ou moins aigu, suivant l'inclinaison de la paroi interne de la caisse.

Sur quelques temporaux nous avons pu constater à ce niveau des traces de suture, sur d'autres de véritables déhiscences. Quelquefois même, il semble que le plancher se continue sous la base du rocher, formant là comme une sorte de cavité.

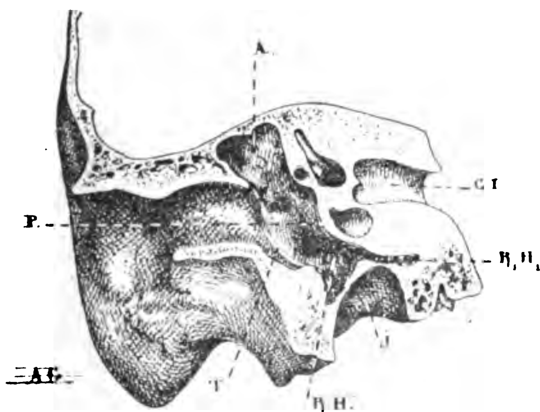


Fig. V. — Moitié postérieure d'un temporal scié verticalement dans l'axe du conduit auditif externe, montrant un prolongement du recessus hypotympanique sous le promontoire en rapport avec la fosse jugulaire.

A. Antre mastoïdien. — T. Membrane du tympan. — P. Promontoire. — CI. Conduit auditif interne. — J. Fosse jugulaire. —RH. Recessus hypotympanique. — R_1H_1 Prolongement du recessus sous le promontoire.

PAROI ANTÉRIEURE OU CAROTIDIENNE

La paroi antérieure est certainement une des plus importantes du recessus hypotympanique, car c'est là que nous trouvons d'un côté l'orifice tubaire, et de l'autre la carotide interne et son coude. Nous insisterons longuement sur les rapports de la carotide avec cette paroi antérieure du recessus que l'on pourrait appeler tout aussi bien paroi carotidienne.

1° *Orifice tubaire.* — La paroi antérieure de la caisse du tympan, disent la plupart des anatomistes, est occupée en grande partie par l'orifice tubaire. En effet, cet orifice très évasé mesure 5 millimètres de haut et comme la paroi antérieure elle-même n'en compte que 7, dont 1 millimètre au moins doit être donné au canal osseux du muscle interne du marteau sus-jacent à la trompe, il en résulte que l'orifice tubaire, constitue à lui tout seul, presque toute la paroi antérieure de la caisse, avec le plancher de laquelle il se trouve de niveau (Poirier, *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*).

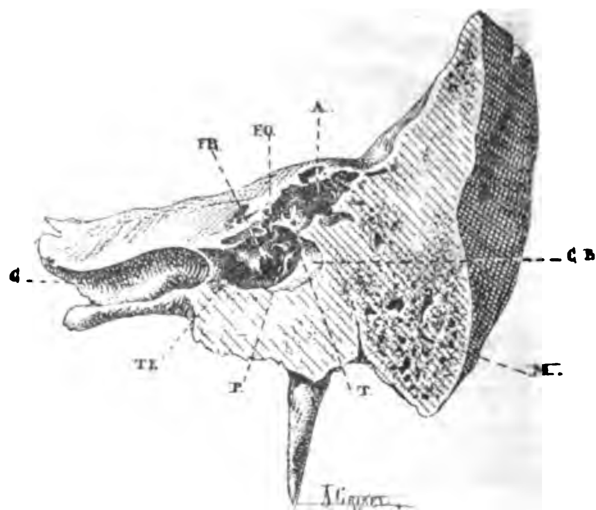


Fig. VI. — Coupe légèrement oblique dans le sens antéro-postérieur et permettant de voir la face antérieure et postérieure du recessus hypotympanique.

A. Antre mastoïdien. — T. Membrane du tympan. — P. Pyramide. — Fo. Fenêtre ovale. — FR. Fenêtre ronde. — C. Carotide avec son canal osseux. — FE. Orifice tubaire. — Mastoïde.

Cette disposition anatomique, nous l'avons trouvée sur quelques-unes de nos pièces : mais la plupart du temps, pour ne pas dire toujours, l'orifice tubaire ne constitue pas à lui tout seul la paroi antérieure.

Si, en effet, on examine une caisse du tympan, on voit que l'orifice tympanique de la trompe est limité en bas par une surface osseuse inégale, rugueuse, qui s'incline peu à peu en arrière et en bas. C'est cette surface osseuse, qui constitue pour nous la paroi antérieure du recessus hypotympanique.

Cette paroi antérieure, dont le développement est lié à celui de la paroi inférieure du recessus, de la carotide et de la trompe d'Eustache varie avec chaque temporal.

En parlant du développement de l'oreille moyenne, nous avons vu que pendant la vie fœtale, la caisse et la trompe d'Eustache étaient représentées par une vaste cavité. Cette cavité ne prend sa forme de caisse que lorsque le rétrécissement de la trompe et le développement de la portion pétreuse du rocher amènent une distinction entre la trompe et la caisse.

Sur un fœtus de quatre mois, le recessus hypotympanique n'existe pas. A la partie postérieure, on constate une mince lamelle osseuse. A la partie antérieure, le cercle tympanal est collé contre la face interne du rocher : l'orifice tubaire est large et court. Il n'y a pas de paroi antérieure.

Sur un fœtus de six mois, le plancher est formé : le canal carotidien est visible, mais ne fait pas de coude. La trompe débouche sur le même niveau que la paroi inférieure du recessus. Il n'y a pas de paroi antérieure.

Chez les nouveau-nés, ainsi que nous pouvons nous en rendre compte en parcourant nos observations, nous voyons que le recessus hypotympanique devient concave. La paroi antérieure du recessus, soulevée légèrement par la carotide, rencontre la paroi postérieure en formant une petite cavité. Au fur et à mesure que le canal carotidien se courbe davantage, le coude de la carotide soulève la paroi antérieure, lui donnant toutes sortes d'inclinaisons (Voir *fig.* 10).

Quant à la trompe d'Eustache qui, chez les nouveau-nés, débouche sur le même niveau que le plancher et qui permet ainsi l'évacuation facile du pus contenu dans la caisse, elle est un peu plus élevée chez l'adulte ; ce qui est dû justement à l'influence que joue la carotide dans le développement de la paroi antérieure. C'est ce que nous allons essayer de voir dans

le paragraphe suivant en faisant une étude approfondie de la carotide dans cette région.

2° *Carotide interne.* — La carotide interne est placée dans un canal creusé dans le rocher et qui n'est autre que le canal carotidien. Il naît de la face postéro-inférieure par un orifice ovale, elliptique à grand axe transversal, mesurant en moyenne 8 millimètres sur 6 millimètres. C'est l'orifice externe ou inférieur du canal carotidien, dont l'orifice interne ou supérieur se trouve à l'orifice du rocher.

Ce canal, d'abord ascendant, se coude à angle droit après un parcours qui varie suivant les sujets, 8 à 11 millimètres, devient horizontal et conserve cette direction jusqu'à sa terminaison. La longueur de cette portion horizontale est de 18 à 22 millimètres.

Le canal carotidien mesure donc de son orifice d'entrée à son orifice de sortie de 29 à 33 millimètres.

Son diamètre varie de 5 à 7 millimètres (Testut).

a) *Rapports.* — Pendant tout ce trajet le canal carotidien est en rapport :

1° En haut, avec la face inférieure du cerveau ;

2° En arrière, avec le golfe de la jugulaire ;

3° En dedans, avec le rocher sur lequel il est comme moulé ;

4° En dehors, avec la trompe d'Eustache, dont il n'est séparé que par une mince lamelle osseuse.

Dans sa portion ascendante, le canal carotidien se met en rapport avec la partie antérieure du recessus hypotympanique, lui faisant faire quelquefois, ainsi que nous le verrons plus loin, une saillie assez volumineuse dans la caisse.

b) *Formation du canal osseux.* — Avant d'aborder l'étude des rapports de la carotide avec le recessus hypotympanique, il nous semble nécessaire de dire quelques mots du développement du canal osseux qui contient la carotide.

Au quatrième mois de la vie intra-utérine, le rocher a une longueur de 2 centimètres et manque de canal carotidien. L'artère est placée dans une rainure, qui correspond, ainsi que nous l'avons déjà vu, au point de réunion des valves osseuses qui enveloppent le limaçon. Cette rainure s'agrandit au fur et à mesure que le fœtus se développe, et au moment

de la naissance la carotide est placée dans un canal que nous avons déjà étudié et qui, partant de la face inférieure du labyrinthe, longe la partie postérieure du rocher.

Tous les classiques s'accordent à reconnaître que le canal carotidien est formé par l'anneau tympanique en dehors et par le rocher en dedans. Poirier (*Traité d'anatomie*, page 425) dit : « La paroi antérieure du canal carotidien est complétée et allongée par la crête inférieure de la portion tympanique. »

Piet [1], dans un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude des canaux de l'os temporal*, s'est efforcé de prouver que cette théorie n'était exacte qui si on étudiait des crânes d'adultes, le développement et l'anatomie comparée n'étant pas du tout favorable à cette opinion.

Nous avons repris le travail de Piet, passé en revue la plupart des pièces d'animaux qui se trouvent au Muséum, et nous sommes arrivés comme lui à conclure que la paroi externe du canal carotidien est formée par le plancher de la caisse et non par un prolongement de la portion tympanique.

Rambaud et Renault dans leur *Traité d'embryologie* écrivent : « A la fin du cinquième mois ou un peu plus tard, apparaît une lame qui agrandit la caisse inférieurement. Elle s'étend de la partie inférieure de la mastoïde au bord antérieur du limaçon, un peu au-dessous et en dedans du point où la lame supérieure (toit de la caisse) atteint cette partie du labyrinthe. Là elle subit une légère déviation pour se porter en bas et en dedans vers le sommet du rocher, en passant à la manière d'un pont sur la gouttière carotidienne qu'elle convertit en un canal de 9 millimètres de long. »

D'après ces auteurs nous voyons déjà que la formation du canal carotidien est tout à fait indépendante du cercle tympanique.

Si on examine des temporaux de fœtus et d'enfants, on trouve entre l'anneau tympanique et la lame osseuse qui forme la paroi inférieure de la caisse, la trace bien visible d'une suture. Si même nous examinons des fœtus de sept à

[1] *Journal des sciences médicales de Lille*, 1900.

huit mois, on voit un anneau tympanique circulaire qui n'est développé ni en dehors ni en dedans. Pourtant le canal carotidien est bien visible. On ne peut donc pas admettre que ce cercle tympanique forme ici la paroi externe du canal carotidien et la paroi inférieure de la caisse. Cette lamelle ne peut pas venir non plus du rocher; car sur beaucoup de rochers de notre collection il nous a été permis de constater une suture très nette entre la lame qui forme la paroi inférieure, et le rocher qui forme la paroi interne du canal carotidien.

Cette paroi inférieure de la caisse ne pouvant être rattachée ni à l'anneau tympanique, ni au rocher, il faut nécessairement en faire un os absolument indépendant. L'anatomie comparée est favorable à cette division.

Chez l'enfant, lorsqu'on a enlevé l'anneau tympanique, on trouve une gouttière à concavité externe qu'il fermait en dehors.

Chez le chien (Piet), si on veut enlever le conduit auditif externe qui est très court, on entraîne avec lui une énorme gouttière à concavité supérieure, c'est la bulle tympanique. Chez le chat, le rat, le lapin, même disposition.

Chez le mouton la bulle est plus réduite, et Piet aurait vu entre le conduit auditif et la bulle une suture qui permettrait même d'isoler l'un de l'autre quand l'animal est jeune.

Cette courte étude nous a montré :

1° Chez le fœtus, une paroi inférieure de la caisse, isolable de l'anneau tympanique et aussi du rocher ;

2° Chez certains animaux, une paroi inférieure indépendante du rocher ;

3° Chez le mouton enfin une paroi inférieure isolable comme chez le fœtus.

Piet veut faire de la paroi inférieure une quatrième portion de l'os temporal. Nous ne serons pas de son avis. Cette paroi inférieure est bien isolable, c'est vrai. Elle a un point osseux spécial : mais en somme elle ressemble à la partie supérieure ou toit de la caisse.

En résumé, nous avons vu que la paroi externe du canal carotidien ne pouvait être formée que par le plancher de la caisse. Nous allons voir maintenant quels sont ses rapports avec le recessus hypotympanique.

c) Courbure du canal carotidien. — Körner et Kretschmann disent avec raison que les rapports de la carotide avec la partie antéro-interne du recessus sont toujours identiques.

Cette région est toujours en rapport avec le coude de la carotide et souvent cette dernière fait saillie dans la caisse.

Gruber (*Monats. f.Ohrenh.*, 1897), qui a étudié cette région, a remarqué que la courbure du canal carotidien variait avec l'âge. En effet, si nous examinons le temporal d'un fœtus de cinq à six mois, nous constatons que le canal osseux de la carotide est représenté par une ligne presque droite à direction transversale.

Chez les nouveau-nés la courbure commence à s'accentuer, mais à la naissance on ne peut pas distinguer une portion ascendante et une partie horizontale.

Au fur et à mesure qu'on examine des sujets plus âgés, la courbure devient de plus en plus grande et de ce fait la portion ascendante du canal carotidien qui se projette dans la caisse devient plus proéminente, rendant la caisse plus étroite.

Gruber va même jusqu'à dire que quelquefois le canal carotidien peut couvrir le promontoire et que la membrane du tympan rétractée peut lui adhérer.

Sur les temporaux que nous avons eus entre les mains, il nous a été donné de voir deux cas qui se rapprochaient assez de ceux signalés par Gruber. Une fois nous avons trouvé que la carotide faisait une saillie assez prononcée dans la caisse.

d) Distance entre la carotide et le sillon tympanique. — Dans ces conditions il était intéressant de voir quelle était la distance qui séparait la carotide de la membrane tympanique. C'est ce que nous avons fait et pour cela nous avons mesuré la plus petite distance qui existait entre le sillon tympanique et le canal carotidien.

Elle varie entre 1 millimètre et 7 millimètres ou en moyenne 3 millimètres.

Körner trouve 3^{mm},23 et il remarque qu'il y a une faible différence entre le côté droit et le côté gauche.

Quarante-six fois la carotide gauche passait plus près du sillon tympanique que la droite. Le contraire était vrai dans 20 cas et dans 1 cas il n'y avait pas de différence.

La distance moyenne était à gauche 3mm,03 et à droite 3mm,14.

La plus grande différence était 2mm,8 (Körner).

Continuant ses études chez les nègres, Körner a trouvé chez eux des conditions qui permettaient de blesser la carotide dans une paracentèse. La carotide est très près du cadre tympanal et le canal osseux présente quelquefois des déhiscences dont d'ailleurs nous reparlerons plus loin.

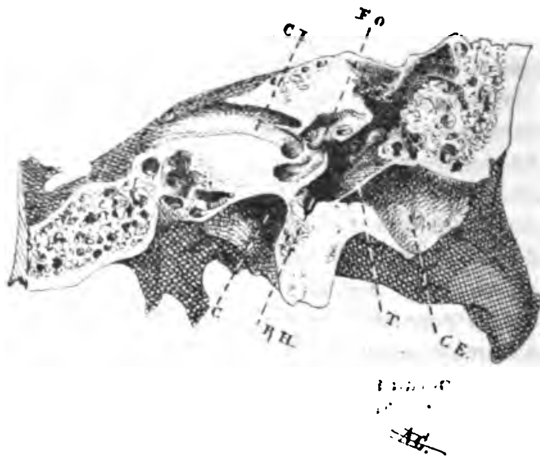


Fig. VII. — Moitié antérieure d'un temporal scié verticalement dans l'axe du conduit auditif externe et montrant les rapports que commence à avoir la carotide avec le recessus hypotympanique au moment où elle va décrire sa courbe.

CE. Conduit auditif externe. — T. Membrane du tympan. — RH. Recessus hypotympanique. — C. Carotide. — CI. Conduit auditif interne. — FO. Fenêtre ovale.

e) *Epaisseur osseuse de la paroi antérieure entre la carotide et la caisse.* — La carotide, ainsi que nous l'avons vu, est recouverte par la paroi inférieure qu'elle soulève à la paroi antérieure. Elle a donc avec elle des rapports immédiats. Or, voici ce que dit Trœltsch dans son *Traité des maladies de l'oreille* : « La carotide interne est séparée seulement de la muqueuse de la caisse par une lame osseuse mince, poreuse,

souvent même interrompue par places, qui offre constamment à sa face tympanique des inégalités celluleuses formées par de fines trabécules osseuses. »

Sur tous nos temporaux, la carotide était séparée du recessus hypotympanique par une lamelle osseuse transparente, mince comme une feuille de papier. L'épaisseur n'atteignait presque jamais 1 millimètre.

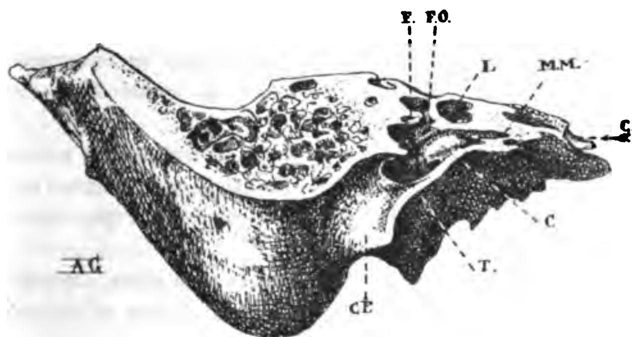


Fig. VIII. — Coupe horizontale passant au milieu de la fenêtre ovale et montrant une saillie énorme du canal carotidien dans la caisse.

CE. Conduit auditif externe. — T. Membrane du tympan. — CC. Canal carotidien. — F. Facial. — FO. Fenêtre ovale. — L. Limaçon.

Des orifices, dont le nombre varie avec chaque temporal, établissent une communication entre la carotide et la caisse. Un est constant, c'est le conduit carotico-tympanique, et voici ce que dit Testut, *Traité d'anatomie* : « Sur la paroi externe de la portion ascendante du canal carotidien, à 5 ou 6 millimètres au-dessus de l'orifice inférieur de ce canal se voit un petit trou circulaire, souvent double. C'est l'orifice inférieur d'un petit conduit, le conduit carotico-tympanique, qui aboutit à la partie antéro-inférieure de la caisse du tympan. Il livre passage à une artériole, branche de la carotide interne, et à un petit filet nerveux, le filet carotico-tympanique qui relie le nerf de Jacobson au plexus carotidien. »

Ce canal, unique la plupart du temps, est souvent entouré de plusieurs petits orifices que l'on voit très bien par transparence, surtout chez les enfants et qui tous livrent passage à des rameaux artériels et veineux, qui anastomosent la circulation veineuse tympanique avec le sinus carotidien.

Quelquefois on peut voir, et c'est ce que nous avons vu sur trois temporaux, de petites déhiscences très rapprochées les unes des autres et siégeant le long du bord antéro-interne de la caisse, c'est-à-dire au niveau du coude de la carotide.

Enfin sur un rocher, nous avons trouvé une déhiscence mesurant 3 millimètres 1/2 de diamètre, qui se trouvait au niveau de l'orifice tubaire, c'est-à-dire au coude de la carotide.

f) Sinus carotidien. — Ce rapport si intime du recessus hypotympanique avec un vaisseau artériel, serait encore compliqué par la présence d'un sinus veineux décrit par Rektorzick en 1858, *Le sinus carotidien.*

Cet auteur a découvert et appelé sinus carotidien, un plexus veineux aréolaire, qui émane du sinus caverneux et enlace la carotide interne sur tout son trajet dans le canal carotidien.

Les coupes transversales de ce canal osseux creusé dans le rocher nous ont toujours montré que la carotide même distendue par le liquide injecté ne le remplit point complètement. Il reste entre le périoste qui est très dense et l'adventice de l'artère un espace variable suivant le volume du vaisseau occupé par une couronne veineuse.

Cette gaine (Poirier, *Traité d'anatomie*) réticulée est le prolongement du tissu trabéculaire du sinus caverneux. Elle naît de l'angle postéro-inférieur du sinus sous forme d'un entonnoir qui englobe la carotide, d'abord dans le sillon carotidien, puis dans le canal. Elle est surtout bien marquée au voisinage du sinus et souvent elle n'existe que dans la portion horizontale du canal. Au sortir du canal, sur la face inférieure de la base du crâne, le plexus veineux se résout en un ou deux troncs émissaires qui se jettent dans la veine jugulaire (Poirier).

Quoiqu'il en soit, si nous résumons tout ce que nous venons de dire sur cette paroi antérieure, nous voyons :

1° La carotide est toujours en rapport avec la paroi antérieure et interne du recessus hypotympanique, puisque c'est le recessus qui coiffe la carotide en formant la paroi externe de son canal osseux.

2° D'après les observations que nous avons faites, nous avons vu que le canal osseux de la carotide était formé d'une lame osseuse excessivement mince. On trouvait à cet endroit-là des petites cellules osseuses qui délimitaient autant de petites cavités, réservoirs tout indiqués pour collecter le pus. Celui-ci, en effet, emprisonné, irrite la muqueuse, exerce son action sur l'os sous-jacent qui est très mince, l'enflamme, le ramollit et finit par l'ulcérer. D'où hémorrhagies de la carotide, ou méningite, ou encéphalo-méningite par pénétration du pus dans le canal carotidien.

3° La lame osseuse du canal carotidien peut aussi quelquefois être déhiscente. Körner (*Arch. of Otology*, 1893), a trouvé sur deux crânes des déhiscences telles qu'elles permettaient, d'après leur situation en avant, de blesser la carotide si on avait fait une paracentèse.

Nous croyons cette disposition anatomique excessivement rare, car dans notre collection nous n'avons trouvé qu'une déhiscence du canal carotidien. Cette déhiscence, qui mesurait 3 mm. 1/2 de diamètre, communiquait avec la trompe d'Eustache et était recouverte d'une membrane excessivement mince, transparente, qui n'était autre que la muqueuse de la caisse.

Ces déhiscences rares ne jouent donc aucun rôle dans les complications des otites : le véritable danger, c'est la communication veineuse et artérielle qui s'établit entre la caisse et la carotide.

*
* *

ÉTUDE D'ENSEMBLE DU RECESSUS

Dans la première partie de notre travail, nous avons essayé de délimiter le recessus hypotympanique. Nous avons vu combien ces limites étaient parfois difficiles à établir, variant d'un sujet à un autre. Il nous reste à étudier la grandeur, la forme, la conformation cellulaire du recessus hypotympanique et ses rapports avec un organe important qui, pour tous les auteurs, a une grande importance sur sa formation. Nous voulons parler du golfe de la jugulaire.

a) *Grandeur du recessus.* — Le recessus hypotympanique est généralement plus large à la partie postérieure qu'à la partie antérieure, c'est une particularité sur laquelle nous avons déjà insisté dans un de nos chapitres et dans nos observations [1]. La disposition anatomique de la caisse du tympan peut seule nous expliquer cette particularité. Chez un fœtus de quatre mois, le recessus n'existe pas. A la partie antérieure, cercle tympanal et paroi interne de la caisse sont parallèles et accolés l'un à l'autre. Comme le cercle tympanal continue sa direction oblique par rapport à l'axe du conduit auditif, il se sépare de la face inféro-interne de la caisse au niveau du promontoire, c'est-à-dire au moment où cette dernière décrit une courbe dirigée en dedans. Il en résulte donc à la partie postérieure une lamelle osseuse entre le cadre tympanal et la paroi inféro-interne de la caisse, qui pour nous n'est autre que la paroi postérieure du recessus hypotympanique. Au fur et à mesure que le plancher se développe entre le cercle tympanal et la paroi antéro-interne de la caisse, la paroi postérieure a déjà acquis son complet développement et il n'est pas étonnant que cette paroi soit plus large que la paroi antérieure. Ayant mesuré la largeur du recessus hypotympanique sur tous nos temporaux nous avons obtenu comme moyennes :

A droite. — 1° A la partie postérieure, $4^{mm},03$.

(1) Dr J. Rozier. — Thèse déjà citée.

2° Au milieu, 3^{mm},16.

3° Au bord antérieur, 2^{mm},77.

A gauche. — 1° A la partie postérieure, 4^{mm},10.

2° Au milieu, 2^{mm},70.

3° Au bord antérieur, 2,^{mm}60.

b) Longueur. — La longueur du recessus a été mesurée depuis le bord postérieur jusqu'à l'orifice inférieur de la trompe d'Eustache. Nous avons trouvé comme moyenne 8^{mm},9, chiffre légèrement inférieur à celui de Kretschmann qui trouve 9^{mm},5.

Quant à la profondeur du recessus nous en avons parlé en étudiant la paroi externe.

c) Forme. — Le recessus hypotympanique, comme nous l'avons déjà vu, étant en rapport avec le cercle tympanique, le processus styloïde, le promontoire, la carotide et la jugulaire, il n'est pas étonnant que sa forme soit des plus variables ; ces organes ayant une grande influence sur son développement.

Si nous reprenons l'étude de nos temporaux d'adultes, nous constatons que le recessus hypotympanique est le plus souvent concave d'avant en arrière. C'est une disposition que nous avons trouvée douze fois et deux fois il figurait, comme le dit Kretschmann, une véritable « auge ».

Comme nous l'avons vu, en effet, la paroi postérieure du recessus n'est pas du tout sur un plan horizontal parallèle à celui de la partie inférieure du cadre tympanal. Elle est d'abord très élevée, son bord postérieur correspondant la plupart du temps à la moitié postérieure du cadre tympanal. D'abord parallèle au cercle tympanique, elle devient oblique de haut en bas et en avant.

La paroi antérieure du recessus, au contraire, serait plutôt horizontale, mais comme elle est soulevée par le coude de la carotide, elle forme au moment où elle rencontre la paroi postérieure une cavité qui correspond à peu près au milieu de la partie inférieure du conduit auditif externe, et qui formerait en quelque sorte la véritable cavité hypotympanique.

Deux fois nous avons eu un recessus qui n'était ni convexe, ni concave. Soulevé à la partie postérieure par la jugulaire,

il était plutôt postérieur qu'inférieur. Il rencontrait la paroi antérieure en formant un angle presque droit et un recessus qui n'atteignait pas moins de 3 à 5 millimètres de profondeur.

Deux fois encore nous avons rencontré un plancher convexe d'arrière en avant. Dans ces cas la fosse jugulaire était très profonde, avait des rapports intimes avec le recessus qui coiffait en quelque sorte la jugulaire.

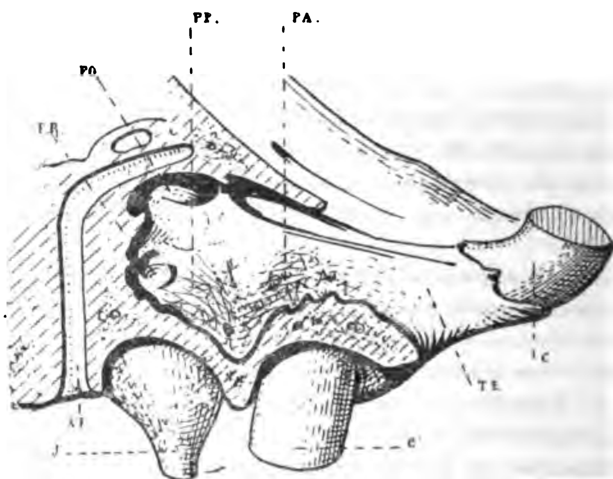


Fig. IX. — Schéma montrant l'influence de la carotide et de la jugulaire sur la conformation du recessus hypotympanique.

AF. Aqueduc de Fallope. — J. Jugulaire. — CC. Carotide. — TE. Orifice tubaire. — PA. Paroi antérieure du recessus hypotympanique. — EP. Paroi postérieure du recessus. — FO. Fenêtre ovale. — FR. Fenêtre ronde.

Une fois enfin nous avons eu un recessus en dos d'âne, c'est-à-dire convexe de dehors en dedans. On conçoit l'importance pathologique qu'une telle disposition peut avoir lorsque, par exemple, on pratique la paracentèse.

Chez les nouveau-nés, le recessus hypotympanique fait corps avec le cercle tympanal : mais comme le tympan et l'anneau

osseux sont horizontaux, chez eux le recessus a très peu de profondeur. Par suite de la torsion de l'os temporal (Kretschmann), torsion qui suit l'axe sagittal, le cercle tympanique tend à se redresser et l'angle qui, au commencement, était très ouvert entre la paroi inférieure et l'anneau, devient de plus en plus petit. De ce fait les parois latérales du recessus deviennent plus hautes et le recessus lui-même plus profond, c'est ce que nous avons constaté sur tous nos temporaux d'enfants. Chez eux le recessus est presque toujours concave, et sa paroi postérieure est très élevée par rapport à la paroi antérieure, disposition qu'elle conservera chez l'adulte.

Deux causes influent beaucoup sur la forme du recessus hypotympanique : c'est d'une part la carotide, et de l'autre la jugulaire. La carotide, comme nous l'avons déjà vu, a des rapports constants avec la paroi antérieure ; le bulbe de la jugulaire, au contraire, a une grandeur et des rapports qui varient d'un sujet à un autre, ce qui tend peut-être à donner au recessus hypotympanique ses formes plus ou moins particulières. C'est pour cela que nous allons voir ce qui est la fosse jugulaire et ses rapports avec le recessus hypotympanique.

FOSSE JUGULAIRE

Les sinus de la voûte du crâne se distribuent presque tous inégalement entre les veines jugulaires droite et gauche. Il semble qu'il y ait une certaine faveur pour la jugulaire droite; ce qui s'explique facilement car le sinus longitudinal supérieur, qui est un des plus importants, se continue généralement avec le sinus latéral droit.

Si, en effet, on examine des rochers, on constate que le sinus latéral droit est presque toujours plus large et plus marqué que le gauche.

Rüdinger, qui a étudié la question et examiné cent crânes, a trouvé que soixante-dix fois le sillon latéral droit est le plus large, vingt-sept fois le gauche, trois fois égalité.

La statistique de Spérino diffère un peu. Sur cinq cent douze crânes, il a trouvé que deux cent soixante-neuf fois le sillon

droit est le plus large, soixante-dix-huit fois le gauche, cent soixante-quatre fois égalité.

Bezold, Hartmann, Meyer, Körner font des constatations identiques.

Quant à la jugulaire interne (Poirier, *Traité d'Anatomie*), elle commence au trou déchiré postérieur. Celui-ci est une fente oblique en avant et en dedans. Une épine osseuse, apophyse intra-jugulaire complétée par une languette osseuse ou fibreuse le divise en deux parties (voir *fig.* 10) : une postéro-externe, c'est le trou jugulaire, où passe le sinus latéral qui en le franchissant devient la veine jugulaire interne : une antéro-interne étroite, qui contient les nerfs mixtes et le sinus pétreux inférieur.

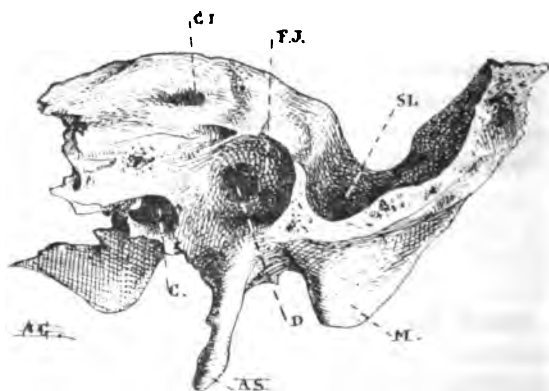


Fig. X. — Partie inférieure d'un temporal droit d'adulte montrant une déhiscence de la fosse jugulaire, correspondant à la partie postérieure du recessus.

M. Mastoïde. — AS. Apophyse styloïde. — C. Carotide. — CI. Conduit auditif interne. — FJ. Fosse jugulaire. — D. Déhiscence.

Au trou jugulaire fait suite un véritable canal creusé dans le temporal, la fosse jugulaire, qui renferme le golfe veineux moulé sur elle.

Rüdinger, Theile et Körner continuant les études qu'ils avaient faites sur le sinus ont montré que la fosse jugulaire

était la partie la plus variable du crâne et que généralement la fosse jugulaire correspondant au sinus transverse droit était plus large et plus profonde à droite qu'à gauche et que de plus, lorsque le sinus latéral est très petit, la fosse qui lui fait suite est également fort réduite.

a) *Ses limites et ses rapports.* — La fosse jugulaire est une excavation ovoïde, profonde, régulièrement évidée et entièrement lisse à grand axe vertical mesurant en moyenne 10 à 15 millimètres de large et 15 à 20 millimètres de profondeur.

Elle est limitée en avant par une crête osseuse qui varie suivant les individus, mais qui est ordinairement très mince, parfois plus ou moins tranchante et qui sépare la fosse jugulaire de l'orifice inférieur du canal carotidien. Sur le sommet de cette crête, mais quelquefois aussi sur le versant de la fosse jugulaire existe quelques petits trous dont un l'orifice inférieur du canal tympanique ou canal de Jacobson, qui livre passage au nerf de Jacobson.

En dehors l'apophyse vaginale. Quant au fond de la fosse lui-même, il est en rapport avec l'oreille interne, et sur quelques-unes de nos pièces, nous avons vu la fosse jugulaire en rapport avec le conduit auditif interne. Politzer signale d'ailleurs cette particularité (*Monats. für Ohrenh.*, 1896). Il a vu une fosse jugulaire de longueur anormale sur la face inférieure d'un temporal qui s'étendait du côté médian et en haut vers la face supérieure de la pyramide du rocher. Il en résultait sur la paroi inférieure du conduit auditif une déhiscence de 3 millimètres par laquelle la fosse jugulaire communique directement avec le conduit auditif interne. Politzer à ce sujet laisse indécise la question de savoir si, dans les cas de déhiscences entre fosse jugulaire et conduit auditif interne, des bruits subjectifs peuvent être provoqués par stase dans la veine jugulaire et pression sur le nerf acoustique.

Dans sa partie antérieure la fosse jugulaire est en rapport avec la caisse.

Les limites et les rapports de la fosse jugulaire signalés par tous les classiques varient non seulement d'un individu à un autre, mais encore d'un côté à un autre sur un même individu.

Zuckerkandl dans son *Anatomie macroscopique* est arrivé à montrer qu'en dehors des différentes variétés de fosses jugulaires qu'on peut trouver dans une série d'études, il est rare de trouver des jugulaires qui aient la même grandeur des deux côtés.

Sur cent crânes, dans 54 °/₀ la fosse jugulaire était plus grande à droite qu'à gauche. Dans 14 °/₀ il y avait égalité. D'après lui l'asymétrie dépendrait, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de la prépondérance du sinus longitudinal supérieur plus grand à droite, qui débouche dans la fosse jugulaire droite.

Rüdinger est arrivé à des conclusions analogues. Sur quatre cent quarante-neuf crânes, soixante-seize fois il y avait même largeur et profondeur des deux côtés. Deux cent soixante-quatre fois, c'était plus large et plus profond à droite, cent neuf fois la fosse jugulaire était plus large et plus profonde à gauche.

Theile et Körner sont du même avis.

Quant à nous, nous avons trouvé vingt-cinq fois une fosse jugulaire qui avait en moyenne 10^{mm},25 de profondeur, seize fois la profondeur était de 8 millimètres, quatorze fois la fosse était réduite à un tout petit sillon.

Si maintenant nous examinons des temporaux de nouveau-nés, nous constatons que la plupart du temps il n'y a pas de fosse jugulaire. Celle-ci est réduite à une fente, disposition assez fréquente et qui persiste chez l'adulte, puisque nous l'avons trouvée quatorze fois.

b) *Sa formation.* — Renaut dit que ce n'est que vers la deuxième année que l'on voit derrière l'apophyse vaginale une impression digitale peu profonde, qui n'est autre que le golfe de la jugulaire. Poirier dit que le golfe n'apparaît que vers l'âge de cinq ans.

Nous croyons que cela varie beaucoup suivant les individus. Dans notre collection nous voyons jusqu'à sept mois un petit sillon à peine marqué et plein de petits orifices allant jusqu'au recessus. Ce petit sillon deviendra plus tard la fosse jugulaire, car à neuf mois, ce sillon s'est transformé en une petite cavité mesurant 1 millim. 1/2 de profondeur. A onze mois,

on remarque une véritable fosse, mesurant 10 millimètres de large et 4 millimètres de profondeur. Enfin à un an, la fosse a presque la même profondeur que chez l'adulte. Il semblerait donc, d'après nos observations, que la formation de la fosse jugulaire eut lieu vers le dixième mois, plus tôt que ne le disent les classiques.

c) Son influence sur la conformation du recessus. — Quoiqu'il en soit, ces différences constantes entre la fosse jugulaire d'un individu à un autre nous expliquent comment la partie inférieure de la caisse qui repose sur elle nous présente les inclinaisons les plus variées. Le bulbe de la jugulaire se portant tantôt en dedans, tantôt en arrière, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il modifie la convexité de la paroi inférieure de la caisse, qu'il accentue en dedans ou en arrière. Si, en effet, nous nous reportons à la figure 9, nous voyons que plus la fosse jugulaire sera profonde, plus la paroi postérieure du recessus sera élevée, et plus aussi le recessus lui-même sera concave d'avant en arrière.

Quant à la lamelle osseuse qui sépare la jugulaire du recessus, elle a une épaisseur variable. Elle peut être très mince, de l'épaisseur d'une feuille de papier et aller même jusqu'à la déhiscence. Ces déhiscences ont été décrites avec le plus grand soin par Toynbee, V. Tröltsch, Zuckerkandl et Körner (*Arch. für Ohrenh.*, vol. XXX, 1891). D'après ces auteurs, elles seraient congénitales et dues à un arrêt de développement. En effet, le plancher de la caisse a un point osseux spécial qui se développe vers le quatrième mois de la vie fœtale, indépendamment du rocher et de l'anneau tympanique. Qu'il y ait un arrêt de développement, nous aurons des lacunes mettant en contact la muqueuse de la caisse et le golfe de la jugulaire.

Rüdinger en examinant quatre cent quarante-neuf crânes a trouvé que trente crânes présentaient des déhiscences, vingt-deux fois à droite, huit fois à gauche.

Cagnola en 1899 (*Arch. ital. di. otol. rin.*, n° 21), décrit une large déhiscence de la caisse du tympan dans la fosse jugulaire, déhiscence mesurant 9 millimètres sur 4 millimètres.

Dans notre collection de temporaux d'adultes, nous n'avons trouvé qu'une seule déhiscence (*fig.* 10). Sur nos temporaux

de fœtus nous avons vu des lacunes au niveau du cadre tympanal et de la paroi interne de la caisse. Sur cinq temporaux de nouveau-nés, nous avons trouvé une déhiscence totale du plancher de la caisse, trois fois à droite, deux fois à gauche. Ces temporaux qui appartenaient à des sujets âgés de 1 à 2 ans avaient des fosses jugulaires profondes et on peut se demander si la formation de la fosse jugulaire ne produisait pas un arrêt de développement du plancher de la caisse. Dans tous nos cas, la déhiscence était recouverte de la muqueuse de la caisse. Au milieu cependant, on remarquait un petit point osseux dont les bords très irréguliers présentaient de petites aiguilles semblant se diriger dans tous les sens. Ces déhiscences peuvent, peut-être, disparaître chez l'adulte, mais dans ces cas-là rien d'étonnant à ce que nous ayons un recessus fortement concave d'arrière en avant et dont la paroi osseuse soit très mince.

d) Blessure de la jugulaire dans une paracentèse. — Les déhiscences complètes du plancher de la caisse, rares, il est vrai, mais enfin possibles, et la minceur excessive du plancher qui proémine quelquefois dans la caisse, nous expliquent le danger que court la jugulaire dans une paracentèse et dans une infection quelconque de l'oreille.

Dans la littérature, les cas de blessure du bulbe de la jugulaire dans une paracentèse sont heureusement très rares, eu égard au nombre de paracentèses que l'on fait.

Gomperz dans une revue qu'il a faite de la question dans le *Wien. med. Woch.*, 1895, n'a pu réunir que cinq cas, qui ont été signalés par Ludwig, Gruber, Habermann, Brüger Seligmann. Le malade de Brüger seul mourut (pyoémie). Quant à Habermann il signale une déhiscence du plancher avec proéminence du golfe jugulaire allant jusqu'au canal semi-circulaire horizontal. Dans tous ces cas il s'agissait de l'oreille droite ; ce qui concorde avec ce que nous disions, à savoir que la jugulaire droite est plus profonde et plus saillante que la gauche.

Il eût été intéressant de voir dans ces cas signalés par Gomperz, s'il y avait réellement déhiscence du plancher ou bien si ce n'était pas plutôt la jugulaire qui faisait saillie dans la

caisse, coiffée d'une lamelle osseuse excessivement mince, qui n'est autre que le plancher de la caisse.

Ces cas-là ne sont pas rares, et dans l'étude des rochers que nous avons faite, nous avons signalé les cas où dans une paracentèse la blessure de la jugulaire était possible. Un cas type est celui que nous avons trouvé sur un temporal gauche de notre collection.

Mastoïde très diploïque, pas d'antre, pas la plus petite cellule.

Sinus latéral profond.

Fosse jugulaire profonde mesurant 16 millimètres de profondeur sur 11 millimètres de largeur, en rapport avec le recessus hypotympanique.

Si nous faisons une coupe horizontale passant à 1 millimètre au-dessus de la fenêtre ronde nous voyons :

Le conduit auditif externe décrit une courbe excessivement prononcée, courbe à concavité inférieure : ce qui fait que le recessus hypotympanique est très en contre-bas par rapport au conduit auditif (6 millimètres environ du sommet de la convexité au cercle tympanique).

Le plancher en tant que partie inférieure de la caisse n'existe pas.

A la partie antérieure il se forme un petit bourrelet osseux qui est produit par l'extrémité inférieure de l'orifice tubaire et le canal carotidien.

De l'extrémité inférieure de la partie postérieure de la caisse part une lame osseuse de 8 millimètres de long, parallèle à la partie postérieure du cadre tympanal, mais un peu inclinée de haut en bas et en avant et qui rencontre le bourrelet antérieur à angle droit.

Cette lame osseuse qui a 4 millimètres de large forme un des côtés de la fosse jugulaire, et correspond à la paroi postérieure du recessus.

Elle est très mince, se laissant traverser facilement par une aiguille.

Elle bombe vers la caisse, et si nous regardons dans l'axe du conduit auditif externe on voit une saillie qui dépasse la face postérieure du conduit de près d'un millimètre et qui s'avance jusqu'au promontoire.

Le long du cadre tympanal on remarque une déhiscence de 6 millimètres de long sur 1/2 millimètre de large.

Le recessus hypotympanique a ici une forme des plus bizarres : car la paroi inférieure de la caisse devint ici une véritable paroi postérieure.

On voit le danger qu'aurait couru la jugulaire dans une paracentèse.

Forns (*Société oto. rhino. laryng. de Madrid*, 1899), cite un cas presque analogue. Il s'agissait, paraît-il, d'une lame délicatement roulée comme un fragment de cylindre venant de la marge tympanique et remontant jusqu'au point correspondant à l'ombilication du tympan. Cette lame était excessivement mince et aurait pu être traversée par une aiguille.

f) Diagnostic. — Est-il possible de diagnostiquer la présence de la jugulaire dans la caisse, lorsqu'il y a déhiscence. Gomperz dit qu'en faisant l'examen otologique on voit une saillie bleuâtre, circulaire ou convexe, dans le quadrant inféro postérieur, qu'on ne peut confondre avec la niche de la fenêtre ronde. C'est surtout par comparaison qu'on peut la diagnostiquer. Si cette coloration est unilatérale, il n'y a pas de doute.

Dans tous les cas, lorsqu'on fait la paracentèse, il faut être très prudent et se rappeler que dans le quadrant postéro-inférieur de la membrane, nous pouvons avoir la jugulaire, et dans le quadrant antéro-inférieur, la carotide.

STRUCTURE OSSEUSE DU RECESSUS

La structure osseuse du recessus hypotympanique varie tout autant que sa forme. On peut dire cependant qu'à une mastoïde très pneumatique correspond généralement un plancher celluleux. Nous avons essayé de classer les recessus hypotympaniques en différentes catégories, par rapport à leurs dispositions cellulaires :

1° Recessus lisses à la partie postérieure et médiane, mais rugueux à la partie antérieure. Ce sont ces cas où la jugulaire

a des rapports intimes avec la paroi postérieure du recessus qu'elle fait bomber dans la caisse ;

2° Recessus lisses à la partie postérieure et antérieure et pleins de cellules osseuses au milieu. C'est une disposition fréquente que l'on trouve, lorsque la jugulaire et la carotide soulèvent, l'un la paroi postérieure, l'autre la paroi antérieure du recessus ;

3° Recessus avec de grosses cellules osseuses qui vont de tous côtés.

Ces cas-là sont très fréquents, et nous pouvons nous rendre compte combien ils sont dangereux.

On trouve, en effet, des cas :

1° Où les cellules osseuses vont sous le cadre tympanal ;

2° Quelquefois les cellules du plancher fusent sous le promontoire ;

3° Cellules osseuses allant à la partie antérieure, se prolongeant soit entre la carotide et la trompe d'Eustache, soit sous la trompe ;

4° Cellules allant vers la partie postérieure de la caisse, c'est-à-dire, communiquent avec les cellules de la mastoïde.

Kretschmann signale dans son *Mémoire* des cellules osseuses qui iraient jusqu'au facial. C'est une disposition que nous n'avons jamais rencontrée. Dans tous nos cas, même lorsqu'on a affaire à un plancher celluleux, le facial est entouré d'une lame épaisse de tissu compact.

Assimilant la cavité sous-pyramidale à une vaste cellule postérieure du plancher qui communique avec lui, nous nous demandons, si ce n'est pas elle qui pourrait être mise en cause dans la production de certaines paralysies faciales. Sa situation, ses rapports intimes avec le facial, comme nous l'avons démontré, viennent à l'appui de notre thèse. Nous sommes heureux de publier à cette occasion une observation qui a été prise dans le service de notre maître, M. Lermoyez.

Femme X..., quarante-quatre ans.

Otite grippale droite il y a deux ans ; soignée depuis cette époque.

Quelques jours avant l'intervention, on constate : perforation de Schrapnell.

Pus fétide dans le conduit, descendant de l'attique et de l'antre. Hyperesthésie extrême du fond de caisse empêchant tout sondement utile.

Le marteau existe, adhérent au promontoire avec un reste de tympanique à la partie inférieure. Le stylet pénètre dans l'attique où il sent un os dénudé au niveau du toit.

12 juin. — Evidement. Corticale saine. Enlevé partie postérieure supérieure du conduit et tombe sur un antre assez grand, plein de pus caséeux, sans cholestéatome.

Parois très irrégulières, atteintes d'ostéite.

On ouvre l'attique ; marteau enlevé, pas de fongosités. Curettage très soigneux de la caisse. Pas de fistule. Aditus très élargi. Pas de déhiscence sur le trajet du facial.

Au réveil. — L'orbiculaire de l'œil droit est flasque. Cependant, le canal de Fallope n'a été touché ni au niveau de l'éperon, ni au niveau de l'étrier. Il y a eu une seule secousse en faisant le curettage de la partie postérieure du plancher de la caisse où la muqueuse était épaisse et charnue, comme dans une vieille sinusite.

Le lendemain 13, paralysie très marquée du facial inférieur. Paralysie du facial supérieur peu accentuée. La paupière supérieure s'abaisse à 2 millimètres environ de la paupière inférieure.

14. — Paralysie faciale même état.

15 juillet. — Même état. Malade conduit au Dr Huet, consultation électrique de la Salpêtrière.

Réaction partielle de dégénérescence. La malade doit retourner tous les huit jours se faire électriser.

1er octobre. — Malade est allé régulièrement se faire électriser. Amélioration notable au niveau du facial supérieur. Les deux paupières arrivent à se joindre. Du côté du facial inférieur, commissure labiale droite est toujours immobile.

M. Lermoyez s'était demandé si ce n'était pas en curettant ces cellules postérieures décrites par Kretschmann, qu'on avait eu une secousse du facial. N'ayant jamais trouvé des cellules partant du plancher pour aller au facial, pourquoi ne pas admettre qu'il s'agissait dans ce cas-là d'une ostéite de la cavité sous-pyramidale, dont nous avons démontré la continuité avec le plancher.

Quoiqu'il en soit, cela nous prouve combien on doit être prudent on faisant le dernier temps de l'évidement, c'est-à-dire le curettage de la caisse.

5° Il existe enfin des cas où l'on voit des cellules osseuses entre les deux lames de tissu compact de la paroi inférieure.

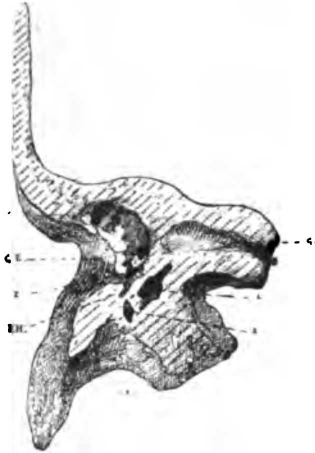


Fig. XI. — Moitié postérieure du temporal de cette observation, scié verticalement dans l'axe du conduit auditif externe. Coupe rasant le bord postérieur du conduit et montrant deux cavités isolées dans la paroi inférieure du conduit.

CE. Conduit auditif externe. — T. Membrane du tympan. — RH. Recessus hypotympanique. — 1 2. Cavités intra-osseuses. — CI. Conduit auditif interne.

CONCLUSIONS

1° De toutes ces données anatomiques il résulte qu'il existe à la partie inférieure de la caisse un recessus, en contre-bas par rapport à la paroi inférieure du conduit auditif externe et à la membrane du tympan, avec quatre parois qui lui sont propres et qui nous permettent de l'isoler de la caisse du tympan;

2° Coiffant en quelque sorte la jugulaire et la carotide, ce recessus contracte avec ces deux organes des rapports d'autant

plus intimes, que quelquefois la paroi osseuse, qui les sépare, est très mince, déhiscente, traversée par de petites branches artérielles et veineuses qui servent de traits d'union entre la caisse d'un côté, la jugulaire et la carotide de l'autre ;

3° Par ces cellules aréolaires que nous avons décrites sur les différentes parois du recessus, ce dernier fuse sous la trompe d'Eustache, le promontoire, les cellules mastoïdiennes, la paroi inférieure du conduit auditif externe, le facial ;

4° En résumé, par sa situation qui l'expose aux collections purulentes, par ces cellules aréolaires qui favorisent la stagnation du pus, il n'est pas étonnant que ce recessus hypotympanique soit facilement atteint d'ostéite. Ses rapports dans un si petit espace avec trois organes aussi importants que la jugulaire, la carotide et le facial peuvent nous expliquer le danger auquel peut exposer une carie étendue du recessus, lequel acquiert ainsi en pathologie auriculaire la plus grande importance [1].

(1) N. D. L. R. — Ce mémoire a été couronné au concours pour le prix Filloux (prix annuel d'otologie décerné par l'administration de l'Assistance Publique à Paris).

IV

DE L'EXTRAIT DE CAPSULES SURRÉNALES DANS LES OPÉRATIONS NASALES

Par **TAPTAS** (de Constantinople)

Les capsules surrénales en dehors de leurs effets opothérapeutiques ont une action hémostatique évidente qui depuis quelque temps est mise à profit tant pour les hémorrhagies spontanées (hémoptysies, hématémèses, épistaxis, etc.) que dans les hémorrhagies traumatiques. C'est de ce dernier cas et particulièrement de leur emploi dans le but d'empêcher l'hémorrhagie pendant les opérations endonasales que nous voulons dire deux mots.

Nous laissons à d'autres l'étude historique de cette médication ; nous ne nous occuperons aujourd'hui que du côté clinique de la question qui n'a pas été encore, que nous sachions, étudiée publiquement en France.

L'extrait de capsule surrénale (est délivré dans le commerce, nous nous en procurons à la maison A. Sallé, Paris, France), sous forme de poudre jaunâtre insoluble dans l'eau et d'odeur *sui generis*. C'est sa décoction dans de l'eau pure, fraîchement préparée au moment de l'opération en faisant bouillir une prise de cette poudre dans 2-3 centim. d'eau que nous employons de la manière exposée plus loin.

Nous nous en sommes servi chez un grand nombre de malades pour l'incision des éperons et le redressement des déviations de la cloison, pour la résection des queues de cornet ou l'excision du cornet inférieur ou moyen entier et pour le curettage des cellules ethmoïdales. Pour les végétations adénoïdes ou l'amygdalotomie, nous n'avons pas cru nécessaire d'y avoir recours.

Dans tous les cas où nous nous en sommes servi, nous avons constaté que c'est un moyen vraiment héroïque pour prévenir l'hémorrhagie opératoire.

Il est vrai que sur l'extrait surrénal même, lorsqu'on a une bonne pratique des interventions intranasales, on ne redoute rien d'une hémorrhagie opératoire ; mais les services rendus par cet extrait n'en sont pas moins inestimables. Avec lui on peut souvent opérer complètement en blanc, on peut faire la résection d'un cornet papillomateux sans perdre plus d'une dizaine de gouttes de sang. Avant l'emploi des capsules surrénales il nous arrivait souvent de laisser des morceaux de cornet ou de muqueuse pendre dans le nez, masqués par le sang, que nous ne découvrions que quelques jours après, lorsque nous pansions la plaie opératoire ou bien encore nous étions obligé par le sang de suspendre l'opération et de faire un tamponnement pour ne la compléter qu'à une seconde séance. Aujourd'hui, grâce à l'extrait de capsule surrénale, nous avons un champ opératoire propre ; nous pouvons voir exactement ce que nous faisons, et une fois l'opération terminée nous savons exactement le résultat que nous avons obtenu.

Dernièrement nous avons lu qu'on a retiré aussi un principe actif des capsules surrénales. Nous en avons fait la demande, mais nous ne l'avons par encore reçu. Notre intention est de préparer avec lui des mèches de gaze qui seraient employées pendant les opérations sur la mastoïde. Les expériences antérieures avec la décoction de l'extrait nous font espérer qu'avec ces mèches nous aurons une hémostase suffisante pur nous permettre l'inspection du champ opératoire qui, d'habitude inondé par le sang venant en nappe, rend l'évidement non seulement des plus difficiles, mais expose aussi à la lésion du facial et aux autres écueils de cette opération délicate.

Notre manière de faire dans les opérations endonasales est la suivante : nous commençons par badigeonner la muqueuse nasale du côté à opérer avec une solution à 10 %. Dans le passé nous faisions, pour l'excision des éperons, une injection aussi de 1-2 centimètres cubes d'une solution à 10 %. Avec le concours des capsules surrénales, nous considérons l'anesthésie

plus facilement réalisable et nous nous trouvons parfaitement bien avec les badigeonnages de cocaïne à 10 % seuls. Après quelques badigeonnages, aussitôt que l'anesthésie commence, nous faisons 2 à 3 badigeonnages aussi avec la décoction de capsule surrénale préparée de la manière déjà indiquée. L'effet de l'extrait est prompt ; déjà pendant que l'on touche la muqueuse à l'aide d'un morceau de coton monté sur un stylet nasal imbibé de la solution, on la voit blanchir et s'anémier. Après les badigeonnages avec la solution de capsule surrénale, nous recommençons les attouchements avec la solution de cocaïne à 10 %, jusqu'à ce que le malade n'accuse aucune sensation au toucher de la muqueuse avec le stylet. Alors nous répétons une dernière fois 1 à 2 attouchements avec la solution de l'extrait et nous faisons notre opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES [1]

Séance du 10 janvier 1902.

Président : E. CRESSWELL BABER

BRONNER. — **Spécimen d'angiome pédiculé du larynx.** — Le patient, homme robuste, bien portant, âgé de 63 ans, fut vu pour la première fois par B., en juin 1901. Depuis vingt ans sa voix était rauque, et il ne pouvait parler longtemps sans fatigue. Il y a cinq mois l'enrouement avait brusquement augmenté, et était resté tel depuis. Ni dysphagie, ni dyspnée. A l'examen laryncoscopique : tumeur rouge, d'aspect framboisé dans la glotte, du volume d'une bille; une petite partie des cordes vocales était seule visible. Prise d'un fragment pour examen. La réponse de la *Clinical Research association* fut : « ressemble à une tumeur angiomateuse développée dans la muqueuse, qui s'est ulcérée au centre, ulcération recouverte aujourd'hui d'un exsudat fibrineux. Les vaisseaux, dans les parties profondes de la tumeur, sont nombreux et volumineux. »

Ablation. — Actuellement il ne persiste plus qu'un léger gonflement de la partie antérieure de la corde vocale gauche. La voix est meilleure qu'elle n'a jamais été depuis vingt ans. Aucune trace de récidive jusqu'à présent.

SCANES SPICER. — **Présentation d'une femme traitée pour une difformité nasale (nez en selle) par les injections sous-cutanées de vaseline, avec photographies et moulages pris avant et après l'opération.** — Femme de 25 ans, en traitement pour suppuration et fétidité nasales datant de l'enfance. Dans les antécédents, ni traumatisme, ni syphilis acquise ; quelques indices douteux de syphilis congénitale.

[1] D'après *The Journal of laryngologie.*

L'opération fut faite le 6 mai 1901 ; le premier moulage fut pris la veille ; le moulage et la photographie, destinés à montrer le résultat obtenu, furent effectués à la fin de juillet 1901.

La vaseline employée était un mélange préparé pour fondre à 40° centigrades. La peau du nez fut soigneusement lavée à l'alcool, puis au sublimé. La seringue et l'aiguille bouillis dans un récipient qui servit aussi de bain-marie pour la vaseline.

On se servit de la seringue hypodermique en verre, allemande, employée pour l'injection de la tuberculine. Dix à douze seringues furent injectées, quelques-unes vers le bas, sur les os propres du nez, les autres, vers le haut des parties latérales du nez, dans la dépression à combler.

La matière injectée était moulée par les doigts d'un assistant pour lui donner la force voulue avant qu'elle se prenne.

Pour remplir la seringue, l'aiguille était laissée en place, on ne faisait d'autre piqûre que lorsqu'on pensait que la quantité injectée était suffisante en un point.

Nouveau nettoyage de la peau et collodion sur les piqûres. Aucune douleur, quoique le nez parut un peu tendu. Aucune parcelle de vaseline ne parut passer dans les paupières à ce moment. Il n'y eut depuis aucune douleur, ni aucun phénomène inflammatoire, mais en quelques jours les paupières supérieures devinrent légèrement œdémateuses. Cet œdème augmenta d'un jour à l'autre depuis lors, et dans la paupière supérieure gauche se développa un petit nodule de la grosseur d'un très gros grain de plomb.

Le résultat, quant à l'apparence extérieure du nez, fut manifeste ; la peau du nez, ainsi rembourrée, en fit un organe très présentable.

Ce résultat s'est maintenu intact depuis lors. Le nodule de vaseline et l'œdème des paupières sont regrettables. L'œdème est dû probablement à l'action du muscle pyramidal du nez, qui tendrait à repousser la vaseline par en haut et vers l'orbite. La formation du nodule doit être due à l'ouverture et à l'injection d'un lymphatique. A l'avenir, S. prendrait encore plus de soin à exercer une pression sur la racine du nez au moment de l'injection, et peut-être de petites injections seraient-elles préférables à une injection unique. Gersuny fait au préalable une injection de cocaïne. Ce n'est pas la peine, la seule douleur ressentie étant celle provoquée par la piqûre de l'aiguille.

De Santi pense qu'on pourrait circonscrire avec une lame de plomb la région à injecter, et exercer sur cette lame une forte

pression pendant l'injection. Cet artifice lui a réussi pour l'ablation d'un anévrysme cricoïde du cuir chevelu. On pourrait même enlever la lame de plomb quelque temps après l'injection; en maintenant la pression avec un bandage, puisque dans le cas de Spicer le passage de la vaseline dans les paupières s'est fait tardivement.

Boonner pense que l'inconvénient signalé aurait pu peut-être être évité en dirigeant l'injection de haut en bas.

Dans un cas personnel, une grande difficulté vient de ce que la vaseline injectée prenait immédiatement sa forme définitive et qu'on ne pouvait pas la modeler. Deux semaines après l'opération, il y eut quelques phénomènes inflammatoires, pas de pus, mais de la rougeur. En quelques jours tout rentra dans l'ordre.

Milligan demande quelle espèce de vaseline a été employée.

Lambert Lack suggère de décoller la peau et de créer une petite cavité pour l'injection, au lieu de faire celle-ci, au hasard, dans le tissu sous-cutané.

Dombau. — Pour prévenir le refroidissement rapide de la vaseline, on pourrait modeler une série de nez de types divers, depuis le plus aristocratique jusqu'au plus vulgaire, et exécuter ces moules sur le principe du serpentin de Leiter, en sorte que la température serait maintenue égale pendant la durée de l'injection.

Scanes Spicer répond que Gersuny s'est servi de la vaseline appelée dans la pharmacopée autrichienne « unguentum paraffinum ». Elle est dite fondre à 40°. Celle dont il s'est servi a été spécialement préparée et livrée en flacons scellés par Rogers, de Londres.

La quantité employée fut d'environ six drachmes.

La vaseline ne fut pas injectée au hasard, mais sous le contrôle de la vue, il pense cependant que l'idée de faire d'abord une incision et ensuite, à la sonde cannelée, de créer une cavité, n'est pas à rejeter; peut-être que cependant on pourrait être gêné par l'hémorrhagie.

Scanes Spicer. — **Un cas de cure radicale de suppuration multiple des sinus de la face et des polypes du nez.** — Homme de 21 ans, vu pour la première fois en 1893, pour une double obstruction nasale par polypes avec suppuration, durant depuis plusieurs années. Les polypes avaient été plusieurs fois opérés à la pince. Empyème de l'antre d'Higmore droit diagnostiqué par les symptômes, la transillumination, la ponction par la fosse canine. Ablation des po-

lypes, de la partie antérieure du cornet moyen droit ; curettage des masses polypoïdes au niveau de l'ostium maxillaire. La suppuration continua profuse. Opération radicale de la sinusite maxillaire d'après le procédé de l'auteur le 2 décembre 1893. Récidive des polypes et de la suppuration. Ablation des polypes et curettage de l'ethmoïde sous cocaïne. En mars 1895, gonflement érysipélateux de la bosse frontale droite, douleur et fièvre. Sinusite frontale droite avec rétention ; peut-être sinusite gauche (pus et polypes dans la narine gauche. Sinus transparent).

Incision verticale et médiane dans un pli très profondément creusé de la peau, ouverture et curettage des sinus fongueux et purulents. Drainage fronto-nasal. Réunion immédiate. Lavages par les drains qui sont retirés le 10e jour. La guérison s'est maintenue jusqu'à la mort du malade (oct. 1901), survenue à la suite d'une thrombose cérébrale.

SCANES SPICER. — **Hyperostose de la paroi antérieure du sinus frontal ; muqueuse du sinus fongueuse. Opération. Récidive de l'hyperostose et apparition des mêmes phénomènes de l'autre côté.** — Homme de 40 ans, depuis un mois tuméfaction et douleur sur la bosse frontale droite. La paupière supérieure est œdémateuse. Vieille histoire de catarrhe nasal. Les deux sinus s'éclairent, mais le droit est moins transparent. Opération. La paroi antérieure du sinus est anormalement épaisse et dense, la cavité est remplie de tissu polypoïde. Guérison de la plaie opératoire. Mais depuis, nouvelle tuméfaction de la bosse frontale, légèrement sensible à la pression. A gauche, tuméfaction de la paupière et épaississement mal défini du rebord orbitaire.

On mit le malade à l'iodure de potassium pendant 2 mois ; au bout de ce temps, diminution de la tuméfaction osseuse, disparition de l'œdème des paupières. Aucun symptôme intra-nasal. Malgré l'amélioration consécutive au traitement, S. fait des réserves sur la nature syphilitique de la lésion, à cause de l'extrême dureté de l'hyperostose.

MILLIGAN. — **Un cas de lipome du pharynx.** — Femme de 37 ans. Sensation de plénitude dans la gorge, dysphagie légère, dyspnée dans le décubitus depuis deux ans.

Objectivement, volumineuse tumeur, unilatérale, sous-muqueuse de la paroi postérieure du pharynx. Consistance molle et pâteuse. Indolence. Diagnostic entre lipome et abcès froid. Contre cette dernière hypothèse, plaidait l'absence des lésions osseuses.

Incision latérale du cou, ablation de la tumeur. L'examen histologique n'en a pas encore été fait.

MILLIGAN présente des préparations microscopiques d'un fibrosarcome de la corde vocale droite, extirpé après thyrotomie. Aucune récidive depuis un an.

SHARMAN **montre des préparations de papillomes de l'amygdale et du pilier postérieur**, enlevés chez un enfant de 15 ans.

JOBSON HORNE. — **Sur un cas d'obstruction nasale chez une femme de 24 ans.** — Il s'agit d'une femme à qui on a pratiqué autrefois une double turbinectomie des cornets inférieurs. Actuellement, les méats inférieurs sont largement béants, les cornets moyens des deux côtés sont hypertrophiés. Elle se plaint d'obstruction nasale.

J. H. se demande : 1° Si le cas n'est pas la confirmation de la théorie exposée par Parker (*Journal of laryngology.*, t. XVI, p. 345) à savoir que dans l'inspiration, le courant d'air passerait exclusivement par les méats moyen et supérieur, et dans l'expiration, par le méat inférieur.

2° L'hypertrophie et la muqueuse des cornets moyens est-elle la conséquence de l'ablation des cornets inférieurs.

HERBERT TILLEY pense que la dyspnée est causée par l'affaissement, le collapsus des ailes du nez, consécutive à l'ancienne obstruction nasale qui datait de l'enfance.

BENNET pense qu'il s'agit de phénomènes subjectifs dûs au contact d'un cornet moyen et du septum. L'ablation d'une portion minime de muqueuse suffirait à les faire disparaître.

SCANES SPICER est de l'avis de Tilley. En pareils cas, on se trouverait bien soit d'apprendre au malade à faire fonctionner les muscles dilatateurs de l'aile du nez ; ou de tenir celle-ci écartée par le moyen d'un tube de caoutchouc ou de celluloïde.

DE SANTI. — **Un cas d'ulcération tuberculeuse très étendue de la cavité du nez chez une femme tuberculeuse de 21 ans.** — Aucun antécédent syphilitique, tuberculose pulmonaire depuis quatre ans.

Le fait intéressant est la destruction très étendue du squelette nasal.

La totalité de la cloison osseuse et cartilagineuse a disparu, ainsi que la plus grande partie des cornets. Ulcérations tuberculeuses dans le larynx.

De Santi met hors de doute la nature tuberculeuse de l'ulcération, mais en raison de son extension énorme, il pense que la syphilis joue un rôle ; en faveur de cette hypothèse, on constate une perte de substance dans le pilier postérieur du voile, à gauche.

Pour Fitz Gerald, il s'agit indubitablement de syphilis tertiaire.

H. BOURGEOIS.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx, par F. LANDOLT (Paris, Steinheil, 1902, 1 vol. in-8° de 64 p.)

On connaît les affections du pharynx et du nez, dont le point de départ se trouve dans l'appareil digestif : un certain nombre de rhinites et de pharyngites ne guérissent que quand sont traités les troubles gastriques qui leur ont donné naissance.

En revanche, les accidents gastro-intestinaux consécutifs aux lésions des fosses nasales sont encore mal connus. Landolt se propose, dans sa thèse, de mettre au point cette question neuve déjà intéressante.

Quelle est la pathogénie de ces troubles digestifs ? Balme les mettait sous l'influence d'actions réflexes. Triboulet croit que les mucosités du pharynx traversent les voies digestives, en troublant leur fonctionnement, et se retrouvent dans les selles, s'écoulant des entérites glaireuses. Cette question a récemment été reprise par Aviragnet et son élève Attiat : ils démontrent que chez les enfants qui ne savent pas cracher, les troubles digestifs provoqués par la rhino-pharyngite sont dûs à la déglutition de sécrétions pathologiques.

Mais comment ces sécrétions, une fois dégluties, peuvent-elles provoquer des troubles digestifs ? Tantôt par troubles chimiques, tantôt par action septique. Gross, additionnant le suc gastrique du muco-pus de rhinite purulente, constate que l'acidité chlorhydrique en est presque complètement neutralisé. D'où résultent des fermentations gastriques anormales, le tympanisme, les éructations, etc. D'autre part, Fentus B. Turck, faisant des prises dans le nez et dans l'estomac de sujets atteints de troubles gastriques

consécutifs à une rhinite, constate la remarquable identité des microorganismes trouvés dans ces deux régions ; quatre fois, il trouva dans le pharynx et dans l'estomac de mêmes personnes des cultures puis des staphylocoques.

. Outre ces deux processus, qui le plus souvent marchent parallèlement et s'entr'aident, Landolt attire l'attention sur une autre cause de troubles : ce sont de « faux troubles gastriques qui sont « toujours dûs au muco-pus coulant du nez vers le tube digestif, « mais agissant uniquement par son contact irritant sur le pha- « rynx ». Telle l' « inondation » (Hajek) du pharynx et de l'œsophage par les sécrétions purulentes fétides s'écoulant des empyèmes sinusaux et qui parfois donnent lieu à des spasmes œsophagiens.

Dans la seconde partie de son travail, Landolt passe en revue les différentes affections de la région naso-pharyngienne et expose comment chacune d'elles influe sur l'estomac.

La *rhinite aiguë purulente* donne parfois lieu, chez le nourrisson, à une véritable infection de l'estomac, sur laquelle Marfan a attiré l'attention : Quand on lave l'estomac de ces enfants, on en ramène presque toujours de grandes quantités de mucosités. Aviragnet cite des faits analogues.

L'*adénoïdite aiguë* agit de même.

Le *catarrhe chronique du pharynx nasal* doit être plus souvent incriminé : les malades qui en sont atteints font souvent, au réveil, des efforts inouïs pour expulser les mucosités sèches qui encombrent leur cavum, et il en résulte une crise de nausées, avec parfois des vomissements.

Les troubles digestifs persistants ne sont pas rares : Tel malade a des vomissements opiniâtres résistant à tout traitement ; tel autre, une constipation rebelle qu'on ne sait à quelle cause rattacher. Cet autre patient a une entérite membraneuse, avec expulsion parfois très douloureuse de selles glaireuses. Tous les traitements ont échoué. Un jour on pratique la rhinoscopie postérieure ; on aperçoit un cavum plein de croûtes ; on entreprend de le traiter ; et on voit, en même temps que s'atténuent les symptômes naso-pharyngiens, les troubles digestifs suivre une marche régressive parallèle.

Les *végétations adénoïdes* provoquent parfois, chez l'enfant, les mêmes complications, mais avec un degré supérieur d'intensité : dyspepsie avec anorexie, dilatation de l'estomac, gastro-entérites, colites muco-membraneuses rebelles disparaissent quand le nasopharynx est cureté et désinfecté.

L'*ozène* est une cause assez fréquente d'embarras gastrique chronique. P. Tissier a lavé l'estomac de trois ozéneux et ramène des croûtes nasales dégluties, qu'il rend ainsi responsables des troubles digestifs observés chez ces malades.

Enfin, les *sinusites purulentes* ont un même effet. Kuhnt dit que les malades atteints de sinusite frontale chronique ont si souvent des troubles gastriques, surtout au moment de poussées inflammatoires, que certains d'entre eux sont persuadés qu'ils ont une maladie d'estomac. Furet rencontre, en particulier, des troubles digestifs dans les sinusites sphénoïdales : il mentionne la dyspepsie chronique avec vomissements et la diarrhée, qui amènent peu à peu le malade à un état d'amaigrissement et de faiblesse extrêmes. Enfin, Lassalle a pu constater 16 cas de cancer de l'estomac et de l'intestin chez les porteurs de sinusite : et il pense que la déglutition permanente du pus crée dans le tube digestif des lieux de moindre résistance, qui sont la proie d'affections venant s'y greffer secondairement. M. LERMOYEZ.

Contribution à l'étude des otites moyennes aiguës, par H. Coussieu (Travail du laboratoire du Dr Lermoyez). *Thèse* de Paris, 1902, Naud, éditeur.

Dans ce travail dont la précision n'est pas une des moindres qualités, l'auteur nous expose le résultat de ses recherches sur la bactériologie des otites moyennes aiguës. Les communications de Netter (1886 87), le mémoire de Zaufal (1887), celui de MM. Lermoyez et Helme (1895), de Martha (1892), les études de Lannois sur la pathogégie de l'otite catarrhale, tout récemment celles de Nadoleczny marquent des étapes successives dans les progrès de cette question de premier ordre, dont la connaissance est la base d'une thérapeutique rationnelle.

Recueillir une parcelle de pus ou d'exsudat dans une caisse malade pour déceler les germes qu'elle contient et eux seuls, n'est pas chose tout à fait aisée. Il faut joindre à une technique bactériologique irréprochable, une suffisante expérience de l'otoscopie. Sinon les critiques sont faciles. Et, tout d'abord, le conduit que les instruments vont traverser à l'aller et au retour pour puiser dans la caisse, doit être bactériologiquement aseptique. Bain d'oreille de dix minutes avec un mélange d'alcool à 90° et d'éther; lavage avec une solution chaude d'oxycyanure de mercure à 2 ‰; lavage à l'eau chaude pure et stérile; nouveau bain de 10 minutes d'alcool-éther; séchage à l'aide de tampons d'ouate

stérilisés à 180°. La paracentèse est faite sans anesthésie dans la position couchée. Du liquide recueilli, une partie est examinée directement (observation et Gram), une autre partie est ensemencée dans un tube de bouillon à répartir ensuite entre des tubes de gélose (peptone et glycose), des tubes de bouillon préparés en anaérobies, des tubes de bouillon ordinaire. Suivent les détails de 12 observations et les critiques qu'elles inspirent. De ses très consciencieuses recherches C. conclut : l'otite moyenne aiguë survenant en dehors d'une maladie infectieuse à microbes inconnus (rougeole, scarlatine), est généralement mono-microbienne à son début ; elle est causée par le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque. Cliniquement, ces notions bactériologiques vont se traduire ainsi : l'otite mono-microbienne ne suppure pas ou peu de temps. Quand il y a association *au début* l'otite tend vers la chronicité. L'infection secondaire reconnaît deux voies, la trompe, — le conduit — ; les tares organiques, les infections naso-pharyngées y prédisposent. Déduction thérapeutique : panser *aseptiquement* toute oreille qui suppure, réaliser autant que possible l'asepsie du nez et du pharynx infectés.

E. LOMBARD.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Un cas de méningite séreuse d'origine otitique. Trépanation bilatérale. Guérison, par P. Lecène (*Rev. de chirurgie*, 10 janvier 1902, nº 1, p. 80).

Très intéressante observation. Un convalescent de fièvre typhoïde est frappé d'une double otite suppurée. Subitement apparaît, quinze jours après le début, une céphalée violente, puis, quelques heures plus tard, des convulsions généralisées toniques puis cloniques à début facial. Malade inconscient ; yeux hagards, pupilles dilatées, face vultueuse, respiration stertoreuse et lente ; pouls petit, rapide, 38,7.

Double antrectomie. Des deux côtés, effraction du toit de l'antre

für Ohrenheilk.

Leutert a ...

streptocoque ...

deux fois ; le ...

deux fois : le ...

socié au pneumoc...

fois : associé ...

Dans 14 cas ...

tocoque pur ...

coque blanc ...

Dans 3 cas ...

bacille, le streptocoque ...

fois.

Dans 5 cas ...

chronique, le ...

cille pseudo-diphtérique ...

deux fois, et ...

Dans l'abcès ...

deux fois le staphylocoque ...

Dans 4 cas ...

cocque pur ...

fois.

barras gastrique chro-
éneux et ramène des
onsables des troubles

effet. Kuhnt dit que
ique ont si souvent
de poussées inflam-
dés qu'ils ont une
ulier, des troubles
mentionne la dys-
rhée, qui amènent
nt et de faiblesse
le cancer de l'esto-
: et il pense que
tube digestif des
'affections venant

M. LERMOYEZ.

ée, par H. Cous-
. Thèse de Paris,

ne des moindres
recherches sur la
mmunications de
lui de MM. Ler-
udes de Lannois
mment celles de
s les progrès de
ance est la base

s une caisse ma-
eux seuls, n'est
echnique bacté-
ence de l'otos-
bord, le conduit
etour pour pui-
aseptique. Bain
90° et d'éther :
le mercure à
veau bain de
pons d'ouate

de la
Hagen

gauche et
iet moyen
s du sinus

frontal ne soulagèrent point le malade qui souffrait toujours de la région sus-orbitaire ; on fit donc la trépanation du sinus, mais l'amélioration ne fut que passagère et bientôt les symptômes cérébraux dominèrent la scène et l'on procéda à l'ouverture de la boîte crânienne en arrière du sinus, ce qui provoqua l'évacuation d'un abcès extra-dural rempli de pus très fétide en petite quantité ; la dure-mère étant tendue et dépourvue de pulsation on pénétra dans le cerveau et un abcès du lobe frontal donna issue à 25 centimètres cubes environ de pus infect. Le malade se rétablit rapidement, mais au niveau de la plaie il se forma un prolapsus cérébral du volume d'une noix, qu'il fallut réséquer une vingtaine de jours plus tard ; cette opération fut complétée par la suture de la dure-mère et la transplantation d'un lambeau ostéo-périostique voisin, lequel se greffa presque entièrement ; l'opérée put quitter tout pansement trois mois et demi après la première opération et une photographie faite quelques années plus tard nous la présente nullement défigurée. A aucun moment le malade n'a présenté de symptômes d'une lésion des centres corticaux et après l'opération la perte d'une partie importante du lobe frontal ne s'est traduite par aucune diminution de l'intelligence ; la mémoire seule a été affectée et cela passagèrement. M. NAGEOTTE W.

Kystes dentaires du maxillaire supérieur, par Jacques et Michel (*Rev. de laryng.*, 17-24 mars 1900.)

Après avoir exposé l'historique de cette question, les auteurs établissent de suite une distinction clinique importante entre :

a) Les kystes antérieurs ; se développant aux dépens des incisives, canines et prémolaires ; situés entre les deux tables du maxillaire et refoulant la cavité sinusienne en arrière.

Leur développement est génien.

b) Les kystes postérieurs ; se développant aux dépens des grosses molaires ; effaçant peu à peu la cavité du sinus, mais ne se déversant en elle qu'exceptionnellement.

Leur développement est sinusien.

La pathogénie de ces kystes implique une lésion dentaire prolongée qui, réveillant l'activité cellulaire des débris épithéliaux paradentaires, amène la formation d'un kyste épithélial à revêtement pavimenteux stratifié. Suit une étude histologique intéressante des parois de la poche.

Le diagnostic se fait par le siège, le mode de développement; la crépitation parcheminée par amincissement de l'os, parfois la

fluctuation. Le diagnostic de la nature du kyste est fait surtout par la diaphanoscopie, qui rend aussi des services pour les kystes profonds, en montrant à leur niveau une transparence anormale. On reconnaîtra la communication avec le sinus par l'exploration au stylet ; par l'issue par la narine d'une injection poussée par l'ouverture ou la fistule buccale, ou par l'issue au niveau de la gencive de l'air insufflé par le procédé de Politzer.

On a souvent de sérieuses difficultés à trouver la dent originairement malade ; ce qui est capital.

Le traitement consiste dans l'extirpation bien complète de la poche, seul mode de guérison complet et définitif.

Quatre observations, dont deux bien détaillées, sont annexées à ce travail.

H. RIPAULT.

Le cholestéatome du sinus frontal, par HABERMANN (*Zeitschrift f. Heilkunde*, 1900, vol. XXI, fasc. VI).

Il existe dans la littérature quelques rares observations de cholestéatome de l'os frontal, mais le seul cas de Weinlechner a trait à un cholestéatome du sinus. Dans l'observation de l'auteur il s'agit d'un homme de 57 ans qui a eu, il y a un certain nombre d'années, un abcès de la région frontale droite, suivi d'une fistule qui s'ouvrait juste au-dessus de l'arcade sourcilière ; la cicatrisation eut lieu au bout de neuf mois environ et la fistule ne se rouvrit qu'après quatre ou cinq ans. L'auteur constata que la fistule conduisait dans le sinus frontal, que le liquide injecté passait dans le nez et que la muqueuse de la fosse nasale droite était fortement hypertrophique. La trépanation du sinus montra ce dernier plein d'une masse épaisse et fétide, la paroi nécrosée si bien que le bulbe oculaire se trouva découvert après l'extraction facile des séquestres ; une partie de la paroi antérieure était également détruite ; la cavité s'étendait dans l'angle inféro-interne jusque dans le méat moyen. La membrane de revêtement du sinus était épidermisée et le contenu était un cholestéatome bien caractérisé. Après l'enlèvement de toutes les parties malades on dirigea le traitement de manière à conserver une ouverture suffisante sous l'arcade sourcilière, ouverture permanente d'ailleurs masquée par les poils du sourcil. L'ablation des parties hypertrophiées de la muqueuse nasale et des cornets compléta le traitement.

M. NAGEOTTE W.

Le traitement de l'empyème du sinus frontal, par WINCKLER (*Munch. med. Woch*, 1900, p. 77).

L'auteur a, dans des travaux antérieurs, attiré l'attention sur l'absolue nécessité de se rendre compte de l'état des cellules ethmoïdales lorsqu'on se trouve en présence d'une suppuration des sinus frontaux ; les rapports entre le sinus et le labyrinthe ethmoïdal, ainsi que les rapports des deux sinus entre eux, sont fort variables, et, par ce fait seul, une méthode opératoire unique ne peut répondre à tous les cas. Et d'abord, l'opération de Jansen devrait être réservée aux cas où l'orbite est déjà envahie par la suppuration; il est irrationnel et condamnable de l'exposer à l'infection lorsqu'elle est indemne. L'opération de Kuhnt doit sa vogue à sa grande simplicité, mais si le résultat définitif est passable au point de vue esthétique quand le sinus est petit, il n'en est plus de même lorsqu'on enlève toute la paroi antérieure, et le rebord sourcilier d'un sinus considérable; et il n'est d'ailleurs pas si facile de se résigner à la suppression de parties osseuses intactes comme c'est le cas dans cette opération; elle reste indiquée quand la paroi antérieure est atteinte, quand on soupçonne l'extension de l'inflammation au cerveau, parfois lorsque le sinus est multiloculaire, enfin lorsqu'il est petit. Dans les autres cas, c'est à la méthode ostéoplastique de Gerny et Kuster qu'il faut avoir recours, car l'abrasion de la muqueuse et l'établissement d'une large communication du sinus avec le nez donnent des résultats qui ne sont en rien améliorés par la persistance d'une brèche antérieure; en modifiant la méthode ostéoplastique, on se fraie un large accès au labyrinthe ethmoïdal et aux sinus. M. NAGEOTTE W.

Le double diaphanoscope pour la transillumination des sinus frontaux, par GERBER (*Deutsch. med. Woch.*, 1900, n° 11).

La transillumination vantée par les uns, dépréciée par d'autres, ne donne de résultats vraiment utiles et sûrs que lorsqu'on l'applique avec beaucoup de méthode, de manière à obtenir des images comparables entre elles. C'est le but que s'est proposé l'auteur par l'emploi des lampes électriques jumelles, fixées à un manche à deux branches, de telle manière que chaque lampe vienne se placer exactement au même point de chaque orbite; il faut songer aussi à ne pas repousser en haut la peau palpébrale, car un gros pli cutané fausserait l'image. Ses limites de l'espace éclairé dans chaque région susorbitaire sont marquées sur la peau au crayon

dermographique et facilement imprimées sur une feuille de papier; l'étude en est ainsi rendue facile, et les courbes obtenues peuvent être comparées à celles que donnent des examens successifs d'un même cas. Le travail contient des figures de l'appareil, des shémas diaphanoscopiques et huit observations.

M. NAGEOTTE W.

Du gaz carbonique dans les affections nasales, par JOAL (*Rev. de laryng.*, 12 mai 1900).

L'auteur préconise à nouveau les douches gazeuses de CO^2 à l'aide d'un petit appareil simple et portatif : le sparklet nasal.

L'acide carbonique agit comme vaso-constricteur, anesthésique et antiseptique ; d'où ses indications dans les rhinites chroniques et vasomotrices, et le coryza aigu.

Cette douche gazeuse n'a pas les inconvénients des douches liquides au point de vue de l'oreille moyenne, et de certains réflexes tels que céphalées, vertiges, crises asthmatiques.

H. RIPAULT.

Chirurgie de la cloison du nez et des sinus supérieurs, par LUDWIG LOEWE, de Berlin (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 259 et 376, 1900).

Les opérations sur la cloison du nez dans le but d'enlever des épines, de redresser des déviations, etc., sont en général exécutées par les rhinologistes par la voie nasale, naturelle, et dans ces procédés la muqueuse nasale est toujours plus ou moins endommagée ; les opérations sont en général longues et exigent une grande adresse de la part des spécialistes, un grand courage de la part de l'opéré. L'auteur propose l'opération par la voie buccale ; la lèvre supérieure étant détachée du maxillaire par l'incision du cul-de-sac, toutes les parties molles du nez sont soulevées et rabattues de façon à mettre à nu le squelette osseux du nez que l'on corrige alors le plus commodément du monde. Les parties molles sont ensuite simplement rabattues et la muqueuse ne doit avoir été lésée nulle part. En supposant, bien entendu, une asepsie opératoire parfaite, les suites opératoires sont fort simples, à part un gonflement informe de la face qui disparaît en peu de jours ; la grande objection que l'on fera à cette opération, c'est qu'elle demande l'anesthésie générale et qu'elle ne rentre pas dans le cadre des interventions d'une consultation.

Pour l'opération sur le labyrinthe ethmoïdien l'auteur propose de modifier le procédé de Gussenbauer et donne une description minutieuse de sa méthode ; il traite enfin des opérations sur la partie postérieure du nez et de l'accès de la dure-mère à la base du crâne, au-dessus des fosses nasales. M. NAGEOTTE W.

III. — *LARYNX*

Six cas d'ablation du larynx, par F. G. HARVEY (*Lancet*, 21 septembre 1901).

Comme les observations de laryngectomie totale sont relativement peu nombreuses, et que les détails du manuel opératoire n'ont pas été complètement décrits, l'auteur pense qu'il peut être intéressant de publier ces six cas.

L'opération peut être pratiquée en séparant la trachée et le cricoïde de l'œsophage, en allant de haut en bas, ou, au contraire, en commençant par en bas pour décoller de bas en haut.

L'auteur décrit cette dernière méthode. Les six opérations sont relatées ensuite avec détails. Le premier malade (épithélioma), resta pendant six ans en état de santé parfaite. Le second survécut quelques semaines. Le troisième mourut quelques jours après l'opération (pas d'autopsie). Dans le quatrième cas, on ne fit qu'une ablation partielle et le malade survécut cinq mois. Le cinquième malade mourut de pneumonie, douze mois après l'opération, sans signe de récidive. Chez le sixième, un gros ganglion apparut six mois après l'opération ; il fut extirpé et sa santé jusqu'au jour de la publication se maintint depuis lors excellente.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Remarques sur une série de quarante tubages du larynx dans la diphtérie, par BASAN, CONSCRET (*Lancet*, 13 juillet 1901).

Le tubage du larynx est une opération facile et efficace dans le croup, ainsi que l'indique la statistique ci-dessous. Depuis son introduction à Eastern Hospital, à moins de contre-indications, il est toujours pratiqué avant qu'on ait recours à la trachéotomie. Le sérum antitoxique a été largement administré et son usage est pour beaucoup dans l'heureux résultat de la méthode.

Les instruments employés à Eastern Hospital étaient fournis par la maison Collin de Paris. Comparés à ceux d'O'Dwyer, ils

sont plus légers, plus courts et le renflement du corps du tube se continue par une pente plus douce en haut et en bas avec ses deux extrémités. L'obturateur est articulé de la même manière. mais son extrémité supérieure présente une fente, dans laquelle glisse l'extrémité de l'introducteur par un système de verrou. Les résultats de ces quarante tubages se répartissent ainsi :

Intubation seule, 32 cas, vingt-huit guérisons, quatre morts. Intubation suivie de trachéotomie, 8 cas, cinq guérisons, trois morts. Total des morts, sept.

L'âge des malades était compris entre 13 mois et 7 ans ; le plus jeune des sujets guéris avait 18 mois.

Sur les huit trachéotomisés, chez quatre il y avait des pseudo-membranes dans la trachée. Deux moururent de broncho-pneumonie ; dans l'autre cas malheureux, il s'agissait d'un enfant qui eut une sténose fibrocartilagineuse du larynx consécutive à la trachéotomie et qui mourut quelques mois après d'une réinfection diphthérique.

Des 4 cas de mort après tubage seul, 3 étaient des cas désespérés. Deux de ces enfants moururent complètement soulagés de leur obstruction. Le quatrième enfant commença une scarlatine deux jours après son entrée à l'hôpital, et bien que soulagé quant à son obstruction laryngée, mourut d'une broncho-pneumonie et d'une suppuration étendue du cou.

Pour pratiquer le tubage, B. met l'enfant dans le décubitus dorsal. Un temps précieux est ainsi gagné quand on est obligé de faire la trachéotomie ; car on ne doit jamais commencer un tubage sans être tout prêt pour la trachéotomie.

Combien de temps laisser le tube en place si l'enfant respire bien ? Question difficile à résoudre. B. pense qu'on peut détuber à la fin du troisième jour. Il décrit ensuite le détubage à la manière de Bayeux, par énucléation, dont il n'a eu qu'à se louer.

Le tube sera ensuite soigneusement examiné, et si sa coloration est très altérée et que des symptômes menaçants réapparaissent, il vaut mieux faire d'emblée la trachéotomie, autrement retuber pour trois jours.

Le tubage est malheureusement limité en pratique à la pratique hospitalière. SAINT-CLAIR THOMSON.

Opération laryngienne, par F. KRAUSE (*Altonaer Aertzl. Verein* in *Münch. med. Woch.*, 17 avril 1900).

Extirpation de la moitié gauche du larynx et de la paroi œso-

phagienne antérieure suivie de plastique chez un malade présenté à la Société au mois de décembre dernier. Actuellement, le malade porte encore une canule mais il avale parfaitement et il se fait comprendre très distinctement lorsqu'il bouche l'orifice de sa canule. SAINT-CLAIR THOMSON.

Epithélioma de l'épiglotte et du larynx, par H. GRAY CROLY (*Dublin med. journ.*, avril, in *Laryngoscope*, août 1900).

C. présenta un malade de 42 ans, porteur d'une tumeur maligne de l'épiglotte. Après trachéotomie, le gonflement diminua et on observa aussi une atténuation de l'hypertrophie des glandes cervicales. SAINT-CLAIR THOMSON.

Une cause inattendue de lésion pulmonaire offrant les caractères d'une tuberculose au début, par de CHAMPEAUX (*Rev. de laryng.*, 7 avril 1900).

Il s'agit d'un malade qui fut pris de phénomènes de congestion pulmonaire localisés à un sommet, avec hémoptysies et fièvre ; bien que l'analyse des crachats ne permit pas de constater de bacilles, on porta le diagnostic de tuberculose.

Mais, en même temps, le malade avait de la laryngite chronique, dont la cause était un polype.

L'ablation de ce dernier, outre qu'il permit de guérir le larynx, fit disparaître tous les symptômes pulmonaires qui n'étaient évidemment ici que d'ordre secondaire. H. RIPAULT.

Obstruction laryngienne congénitale, par C. H. Mc. ILRAITH (*Soc. harocienne*, in *Lancet*, 28 avril 1900).

Mort subite par spasme du larynx dans un cas d'obstruction laryngienne congénitale chez une enfant de 6 mois éprouvant de la gêne respiratoire depuis l'âge de 6 semaines. Aucun antécédent, ni traumatisme ni convulsions. L'enfant toutefois était atteinte de syphilis congénitale. Bruit inspiratoire, expiration sans bruit. L'intensité était très variable. Lorsque la respiration était régulière ou superficielle, le bruit était à peine perceptible et il manquait pendant le sommeil. Il augmentait lorsque la respiration était irrégulière ou profonde, après avoir crié et par l'effet de brusques changements de température. Pas de signes d'obstruction. La muqueuse naso-pharyngienne était relâchée et la malade avait des végétations adénoïdes peu développées. A l'examen du larynx,

l'épiglotte apparaissait repliée sur elle-même. Les replis aryténo-épiglottiques semblaient s'étendre depuis l'épiglotte jusqu'aux aryténoïdes sous forme de bandes minces se rapprochant les unes des autres.

Ensuite l'ouverture supérieure du larynx se réduisit à une fente étroite avec deux petits orifices, l'un à l'extrémité de l'épiglotte, l'autre entre les aryténoïdes. Les replis semblaient flasques et remuaient pendant la respiration. Légère tuméfaction œdémateuse sus-aryténoïdienne. L'enfant mourut subitement deux mois après, à la suite d'un spasme laryngien.

A l'autopsie le larynx présentait presque le même aspect que pendant la vie, excepté un relâchement considérable de la muqueuse revêtant les aryténoïdes. Ce cas est rare et confirme les idées émises par J. A. Sutherland et Lack [1]. Le bruit était purement mécanique, produit par l'action valvulaire de l'orifice laryngien supérieur dû à la malformation et à la mollesse de ces régions chez les enfants.

Discussion.

H. Tilley fait remarquer qu'Avellis a observé que souvent le stridor laryngien congénital est engendré par la pression de la glande thymique hypertrophiée sur la trachée. Les malades s'améliorent par l'excision partielle de la glande ou par la trachéotomie suivie de l'insertion d'un tube pour vaincre l'obstruction.

Lack dit que cette observation corrobore les idées émises par lui et Sutherland au sujet de cette maladie et détruit l'hypothèse d'une origine adénoïdienne.

Mc Ilraith n'a rien remarqué d'anormal du côté du thymus; du reste, en cas de pression de la trachée, le bruit est plutôt expiratoire qu'inspiratoire. SAINT-CLAIR THOMSON.

Des sténoses de la trachée, par Frankenberger (*Wien. klin. Rundschau*, 1900, nos 16 et 17).

L'auteur apporte l'observation très détaillée d'un cas de sclérome de la trachée ayant causé un rétrécissement grave de la lumière respiratoire ; les accidents ont cédé à l'emploi de la dilatation mécanique graduelle. Il n'existe dans la littérature que 33 cas de rétrécissement de la trachée dûs au sclérome. Quelques remarques sur la géographie médicale de cette affection ont été faites par l'auteur. M. NAGEOTTE W.

[1] *Lancet*, 11 septembre 1897, p. 653.

Plaie transversale du larynx au niveau de l'espace crico-thyroïdien, suture hermétique du larynx, du plan musculo-aponévrotique et de la peau. Guérison en huit jours, par H. Morestin (*Gaz. des hôpit.*, 6 février 1900).

L'auteur s'élève contre l'opinion de la plupart des auteurs qui, dans les cas de plaie des voies aériennes, condamnent la suture des parties sectionnées. Il faut tenter, quand on le peut, la réunion de la plaie. Comme preuve à l'appui, Morestin cite le cas d'un blessé qui, dans une tentative de suicide, s'était taillé horizontalement le cou, coupant le larynx au niveau de l'espace crico-thyroïdien. L'auteur fit plusieurs plans de suture, l'un profond sur la membrane crico-thyroïdienne, sans passer à travers la muqueuse laryngée, un autre sur les muscles sous-hyoïdiens rétractés, enfin un troisième superficiel portant sur la peau.

Huit jours après, le malade était guéri, sans avoir présenté la moindre complication. GEORGES LAURENS.

Traitement du rétrécissement du larynx par l'implantation d'un fragment de cartilage costal, par von Mangoldt (de Dresde) (29e Congrès de la Société allemande de chirurgie, avril 1900).

L'auteur présente une femme atteinte d'un rétrécissement du larynx consécutif à la fièvre typhoïde. Il implanta chez cette malade un fragment de cartilage costal dans le tissu sous-cutané, au niveau de la région du larynx. Ce fragment s'étant réuni aux tissus ambiants, il incisa le larynx et l'extrémité supérieure de la trachée et introduisit entre les deux lèvres de la plaie laryngo-trachéale le fragment cartilagineux, tout en le laissant en contact avec une partie du tissu cellulaire. Il eut soin de diriger le côté du cartilage recouvert d'épiderme vers l'intérieur du larynx. Les suites opératoires furent bonnes ; la malade est délivrée de sa dyspnée et peut même parler à voix basse. GEORGES LAURENS.

Contribution au traitement du spasme de la glotte, par Fischbein (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, 1900, p. 549).

Tous les cas de spasme de la glotte que l'auteur a rencontrés appartenaient à des enfants rachitiques, plus ou moins atteints bien entendus. Tous les traitements jusqu'ici recommandés ne donnent pas de résultats appréciables ; l'auteur fut amené un peu accidentellement à établir une ligne de conduite qui compte déjà un bon nombre de succès. Lorsqu'il s'agit, ce qui est la règle, d'un

enfant élevé au lait de vache, l'auteur supprime complètement le lait et fait alimenter l'enfant à l'aide de la farine Nestlé, d'avoine, de bouillon parfois ; le nitrate d'argent à petites doses, le calomel ou un autre antiseptique intestinal complètent le traitement ; les attaques qui se reproduisent jusqu'à dix à douze fois dans les vingt-quatre heures, disparaissent parfois au bout d'un jour, le plus souvent au bout de deux ou trois jours ; si l'on revient au régime lacté, les accès reviennent aussi et le régime farineux doit être continué pendant plusieurs mois, concurremment avec le traitement antirachitique. On sera obligé de sevrer les enfants dont l'allaitement est mixte, à moins de changer de nourrice, ce qui ne réussit pas toujours à arrêter les accidents. Bref, il paraît évident que le spasme est causé par l'auto-intoxication intestinale due à un défaut de digestion du lait animal ou humain. Quatorze observations des plus concluantes. M. NAGEOTTE W.

IV. — *BOUCHE ET PHARYNX*

Contribution à l'étude des polypes naso-pharyngiens, par Le Nouène (du Havre) (*Arch. provinc. de chirurgie*, janvier 1902, t. XI, n° 1, p. 51).

L'auteur a observé dans le service de son maître le Dr Sorel, sur un homme de 58 ans, un fibrome naso-pharyngien, qui paraît n'être que la récidive d'une tumeur de la même région opérée 20 ans auparavant. Le fibrome, qui était un fibrome pur, fut considéré, étant donné l'âge du sujet, comme un sarcome. Il s'insérait sur l'apophyse ptérygoïde droite. Des tentatives d'extraction par la voie nasale étant restées infructueuses, le Dr Lenhardt qui les avait faites, passa la main à son collègue Sorel qui pratiqua la résection de la machoire supérieure et put extraire, par la large brèche, une tumeur de 175 grammes. L'auteur se demande si, étant donnée l'hémorrhagie abondante qui se produit d'ordinaire au cours de la résection mandibulaire appliquée à l'ablation des fibromes naso-pharyngiens, il n'y a pas intérêt à pratiquer pour empêcher l'asphyxie par le sang soit la ligature préalable de la carotide externe, comme Quénu, soit, à faire la trachéotomie préalable, comme Kocher.

Je crois qu'on peut se dispenser de l'une et de l'autre ; il suffit d'aller vite et de ne pas perdre la tête. En tous cas je proscris la

trachéotomie préventive. La position de Rose donne une garantie suffisante.

La taille d'un lambeau uranien, par rugination de la voûte permet de faire une suture et de reconstituer la voûte buccale : Quénu conseille le procédé. Sorel l'a appliqué dans le cas particulier. Il est bon, et ne fait perdre que peu de temps.

PIERRE SEBILEAU.

Vaste diverticule du pharynx. Ablation, par GODLEE RICKMANN J. AND BUCKNALL T. R. H. (*Lancet*, 18 mai 1901).

Le malade se présenta, par hasard, à l'examen du Dr Godlee.

Il avait alors une tuméfaction du cou ressemblant à un volumineux ganglion qui aurait été situé sur le côté gauche du cou, à la hauteur de l'os hyoïde, en avant du stérno-mastoïdien. Cette tumeur était molle, tympanique à la percussion, adhérente au larynx qu'elle accompagnait pendant les mouvements de déglutition.

En la comprimant on produisait un son assez bruyant en même temps que le malade éprouvait une sensation désagréable. La pression déterminait une diminution notable du volume de la tumeur. C'était évidemment un cas de diverticule soit pharyngien, soit œsophagien. Le malade ne fut pas revu avant le 31 décembre 1900. C'était un homme âgé de 21 ans, grand fumeur et alcoolique. Douze ans auparavant il avait reçu un coup de poing sur le côté gauché de la région cervicale. On ne remarqua rien de spécial à la suite. Deux ans plus tard il commença à sentir quelque chose dans le côté gauche du cou, qui montait et descendait lors de la déglutition. Pendant les trois dernières années, de temps à autre, pendant une quinzaine, il avait une tumeur qui rendait la déglutition difficile, et à la fin il ne pouvait plus avaler que les liquides. Puis la tumeur disparaissait, généralement progressivement, ou bien tout d'un coup pendant la nuit. Il eut environ sept de ces crises et d'autres plus légères auxquelles il coupait court, en comprimant la tumeur, et qui provoquait toujours l'expectoration d'une grande quantité de mucosités ; presque quotidiennement, il rejetait en toussant quelque chose qu'il décrivait comme un morceau de viande. Au moment de l'admission, la tumeur atteignait la ligne médiane en avant, le bord postérieur du sterno-mastoïdien en arrière, elle recouvrait ce muscle et s'étendait en hauteur de l'angle de la machoire à la clavicule. La tumeur était sensible à la pression ; la peau était mobile sur elle et elle-même,

était mobilisable sur les plans profonds, sauf qu'elle était adhérente à la partie supérieure du larynx. Au niveau de cette adhérence, la paroi était épaissie, et très mince partout ailleurs. Les gros vaisseaux étaient situés en arrière. Tympanisme à la percussion. Quand le malade soufflait en fermant la bouche, il pouvait faire augmenter légèrement le volume de la tumeur. Rien d'anormal à l'examen laryngoscopique.

La poche fut enlevée après une longue incision sur la partie la plus saillante de la tumeur ; après dissection, on atteignit un mince pédicule qui passait à travers de la membrane thyro-hyoïdienne. Suture du pédicule au catgut et enfouissement du moignon par une suture de Lambert.

L'auteur termine par la bibliographie. SAINT-CLAIR THOMSON.

Note sur la syphilis acquise du nez et du pharynx, par C. A. PARKER.

L'auteur appelle l'attention sur l'importance du diagnostic et du traitement précoces. Le traitement est celui de la syphilis en général. Cependant, pour l'auteur, une particularité dans le traitement de la syphilis du nez et de la gorge doit être rappelée. C'est ce fait que souvent, l'iodure de potassium seul, même à haute dose, peut être inefficace, alors que les accidents cèderont rapidement à l'administration de l'iodure et du mercure combinés.

Quand il y a sténose du larynx, on ne doit administrer l'iodure qu'avec une grande prudence, et au besoin ne le faire que si le malade est en situation d'être trachéotomisé rapidement en cas de besoin. SAINT-CLAIR THOMSON.

DIVERS

Quelques nouveaux cas de narcose par le chlorure d'éthyle, par CARDIE W. J. (*Lancet*, 20 juillet 1901).

L'auteur a déjà publié (*Lancet*, 9 mars 1901), quelques remarques sur l'emploi du chlorure d'éthyle, comme anesthésique général. Il rapporte maintenant les résultats de sa pratique ultérieure. Dans un cas le malade mourut une heure après l'opération ; chez un autre on assista au développement d'un rash pendant l'anesthésie ; chez un autre l'excitation masculaire fut telle que l'anesthésie complète et l'opération furent impossibles. La plus longue anesthésie chirurgicale dura seize à dix-sept minutes, et le résultat fut, en ce cas, de tous points excellent, bien que, d'après

son médecin, le malade avait présenté des symptômes alarmants, au cours d'une chloroformisation antérieure. Ce mode d'anesthésie donna d'excellents résultats pour l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes.

L'auteur se déclare ennemi des doses massives, et partisan de petites doses progressivement croissantes ; quand l'anesthésie sera obtenue, il suffira pour l'entretenir d'une petite dose chaque minute. Avec la première méthode, on est exposé à dépasser la dose, et le patient n'oubliera jamais la terreur et la sensation de suffocation du début de la narcose.

Le cas de mort post-opératoire dû au chlorure d'éthyle qu'a observé l'auteur n'ébranle nullement son opinion sur la valeur de cet anesthésique, et il a saisi toutes les occasions de l'employer pour les opérations de courte durée. Il peut être avantageusement employé à la place du protoxyde d'azote, ou du mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène pour la plupart des courtes opérations, spécialement quand les sujets sont peu vigoureux.

SAINT-CLAIR THOMSON.

NOUVELLES

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Programme du concours pour la nomination aux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Le maître des requêtes au Conseil d'Etat, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique;

Vu la loi du 10 janvier 1849, articles 1er et 5, § 10, et celle du 7 août 1851, article 8 *in fine;*

Vu l'arrêté du 31 juillet-14 septembre 1899, portant à l'article 3 institution d'un concours pour la nomination aux places de chef de service d'oto-rhino-laryngologie;

Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 6 février 1902;

ARRÊTE :

ARTICLE 1er. — Le programme du concours spécial pour la nomination aux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux est arrêté ainsi qu'il suit, savoir :

I. — CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS

Comme pour les places de médecin, de chirurgien, d'accoucheur ou d'ophthalmologiste des hôpitaux, les candidats doivent justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus le diplôme de docteur en médecine, obtenu devant une Faculté de médecine française de l'Etat.

Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices civils de Paris en qualité d'internes en médecine.

II. — Epreuves du concours

A. — *Epreuves d'admissibilité.*

1° *Une composition écrite* sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures ;

2° *Une épreuve clinique sur un malade* atteint d'une affection spéciale pour laquelle il est accordé au candidat trente minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury.

B. — *Epreuves définitives.*

1° *Une épreuve de médecine opératoire spéciale* consistant en une opération sur un cadavre;

2° *Une épreuve théorique orale* portant sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale d'ordre général : il est accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon;

3° *Une consultation écrite sur un malade* atteint d'une affection spéciale pour laquelle il est accordé une heure après trente minutes d'examen. Cette consultation est lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité.

Pour la composition écrite	30 points
Pour l'épreuve clinique.	20 —

Epreuves définitives.

Pour l'épreuve opératoire	20 points
Pour l'épreuve orale.	20 —
Pour la consultation écrite	30 —

III. — Jury du concours

Le Jury du concours est composé de sept membres, savoir :

Les deux chefs des deux services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux Saint Antoine et Lariboisière.

Trois chirurgiens et deux médecins tirés au sort parmi les chirurgiens et les médecins chefs de service des hôpitaux, en exercice ou honoraires.

IV. — Dispositions diverses

Les formalités prescrites par le Règlement général sur le service de santé en ce qui touche les inscriptions des candidats, le tirage au sort du Jury et toutes les opérations ultérieures du concours sont applicables au concours pour la nomination des oto-rhino-laryngogistes.

Article 2. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 12 février 1902.

Signé : Ch. Mourier.

Vu et approuvé :
Paris, le 21 février 1902.
Le préfet de la Seine,
signé : J. de Selves.

Ce concours sera ouvert le lundi 12 mai 1902, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. MM. les Docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général, de midi à trois heures, du 14 avril au samedi 25 du même mois inclusivement.

CONDITIONS DU CONCOURS

Les candidats ayant la qualité de Français sont seuls admis à concourir.

Les candidats qui désirent se présenter au concours pour les places d'oto rhino-laryngologiste des hôpitaux doivent justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus le diplôme de docteur en médecine, obtenu dans une faculté de médecine française de l'Etat.

Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris, en qualité d'élèves internes en médecine.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'ASSISTANT TITULAIRE ET A DEUX PLACES D'ASSISTANT ADJOINT DES SERVICES SPÉCIAUX D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DES HÔPITAUX DE PARIS, POUR ENTRER EN FONCTIONS LE 1er JUILLET 1902.

Ce concours sera ouvert le lundi 2 juin 1902, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

Les candidats seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du jeudi 1er mai au jeudi 15 du même mois inclusivement.

CONDITIONS DU CONCOURS

(Extrait du règlement général sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris).

Les candidats ayant la qualité de Français sont seuls admis à concourir.

Les candidats doivent, en outre du diplôme de docteur en médecine obtenu dans une faculté de médecine française de l'Etat, justifier que, au moment de leur entrée en fonctions comme assistant, ils ont passé quatre années dans les hôpitaux de Paris en qualité d'interne en médecine.

Le Jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois, parmi les chefs des services d'oto rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants.

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires.

Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

A. — *Epreuves d'admissibilité.*

1° *Une composition écrite* sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales, pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures;

2° *Une épreuve clinique sur un malade* atteint d'une affection spéciale, pour laquelle il est accordé au candidat trente minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon, et quinze minutes pour la dissertation orale devant le Jury.

B. — *Epreuves définitives.*

1° *Une épreuve de médecine opératoire spéciale ;*

2° *Une consultation écrite sur un malade* atteint d'une affection spéciale, pour la rédaction de laquelle il est accordé une heure après trente minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité.

Pour la composition écrite	30 points
Pour l'épreuve clinique	20 —

Epreuves définitives.

Pour l'épreuve opératoire	20 points
Pour la consultation écrite.	30 —

Les épreuves de la première série sont communes à tous les candidats.

Le nombre des candidats admis à subir les épreuves de la 2e série est double de celui des places mises au concours.

Les assistants des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie sont nommés pour une période de deux années, à la suite de laquelle ils ne peuvent être prorogés.

A la suite du concours sont également nommés des assistants adjoints, en nombre égal à celui des places de titulaires mises au concours. Ces assistants adjoints, dont le temps d'exercice est de deux années comme celui des assistants titulaires, sont appelés à remplacer ces derniers pendant leurs absences ou en cas de démission ou de décès.

Les assistants titulaires des services spéciaux d'oto rhino-laryngologie reçoivent une indemnité annuelle de 1 200 francs.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

VIe Session. — Toulouse, 1er avril 1902.

Le VIe Congrès français de médecine doit se réunir à Toulouse, du 1er au 4 avril 1902, sous la présidence de M. le Prof. Lemoine (de Lille).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Insuffisance hépatique. — *Rapporteurs :* MM. les Prof. Charrin (de Paris), Ducamp (de Montpellier). Ver Eecke (de Gand).

2° Les convulsions chez l'enfant. — *Rapporteurs :* MM. les Prof. Moussous (de Bordeaux), d'Espine (de Genève).

3° Les médicaments d'épargne. — *Rapporteurs :* MM. les Prof. Soulier (de Lyon), Henrijean (de Liège).

Les rapports seront adressés à tous les adhérents titulaires en temps utile pour qu'ils puissent en prendre connaissance avant la réunion du Congrès.

Les sujets des communications devront être remis avant le 15 mars, pour être compris dans les programmes et ordres du jour distribués avant la réunion du Congrès.

L'eau de la Bourboule est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

Grains de Cèbre. Poudre Manuel. Granules ferro-sulfureux Thomas.

L'eau de Gubler, Chatel-Guyon, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

Sirops Laroze iodurés. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

Sirops Laroze bromurés. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Ueber bei Leiden bei Hysterischen, par Dr Voss (in Riga) (Extrait du *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Band XL, Heft I, 1902, publié par J. F. Bergmann, Wiesbaden).

Recurrent Paralysis with complète Aphonie Passing into Abductor Paralysis, with Returning singing Voice, par J. W. Gleitsmann (Extrait du *The Laryngoscope*, oct. 1901, Saint-Louis).

Laryngeal Paralyses and their importance in general medicin, par J. W. Gleitsmann (Extrait du *N.-Y. medical journal*, 4 décembre 1901).

On the use of A. C. T. mixture and Ethyl Bromide in operations for adenoid végetations, par J. W. Gleitschmann (Extrait du *Medical record*, 2 nov. 1901, Will. Wood and Company, N. Y.).

De la laryngite catarrhale d'origine gastrique, par le Dr J. Willemin (*Thèse* de Paris, 1902, Boyer, éditeur).

Beiträge zu den funktionsuntersuchungen an taubstummen in Dänemark, par E. Schmiegelow, 1 vol. in-8° de 113 p. avec 13 planches, Copenhague, 1901).

NÉCROLOGIE

HUGO VON ZIEMSSEN

Le 20 janvier 1902 est mort H. von Ziemssen, à l'âge de 70 ans. Il fit partie de ce petit groupe de médecins allemands qui, bien que professant la pathologie interne, adoptèrent la laryngologie naissante, aidèrent son développement, et contribuèrent à l'amener à un âge où elle fut majeure et indépendante. Dans la période qui s'étend de 1865 à 1875, les publications laryngologiques émanées de lui comptèrent parmi les meilleures.

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXVIII. — N° 5. — Mai 1902.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR TROIS CAS DE RHINELCOSE (ULCÉRATION D'UNE NARINE) COINCIDANT AVEC DES LÉSIONS DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE

Par Pierre MARIE et Georges GUILLAIN

Nous avons eu l'occasion d'observer trois hommes qui présentaient, les uns et les autres, la destruction d'une narine par un processus ulcératif plus ou moins ancien, dont la transformation cicatricielle rend difficile un diagnostic rétrospectif. Chez ces trois malades, il existait une diminution très notable ou une abolition des réflexes rotuliens. Deux de ces malades étant morts, nous avons sur les coupes de la moelle constaté des lésions très nettes, mais très peu intenses, dans les cordons postérieurs, et nous pensons que chez le troisième malade, actuellement vivant, et présenté par nous à la séance du 14 février 1902 de la Société médicale des hôpitaux de Paris, c'est à des lésions médullaires analogues qu'il faut attribuer la diminution du réflexe rotulien du côté droit et la disparition du réflexe achilléen du côté gauche.

Les questions qui se posent sont donc de savoir : 1° quelle est la nature de la destruction narinaire ; — 2° quelle est la nature de l'altération des cordons postérieurs ; — 3° quel lien rattache l'une à l'autre ces deux lésions ?

Avant de discuter ces différentes questions, nous croyons utile de rapporter succinctement les observations de ces trois malades, ainsi que la description des lésions constatées dans l'autopsie des deux patients ayant succombé.

OBSERVATION I

Le premier malade, un homme de 49 ans, sans antécédents héréditaires intéressants à signaler, eut un chancre syphilitique en 1879. Durant deux années, il suivit un traitement mercuriel. En 1897, il fut soigné à l'hôpital de la Pitié pour une pleurésie tuberculeuse. Depuis cette époque il a toussé, a eu plusieurs fois des hémoptysies. On constatait d'ailleurs chez lui par la percussion et l'auscultation des signes évidents de tuberculose pulmonaire.

Depuis l'année 1892, cet homme a, dans les membres inférieurs, des douleurs intermittentes ayant le caractère des douleurs fulgurantes. En 1896 et 1897, ces douleurs étaient très vives, se montraient par crises survenant plusieurs fois par jour. Il avait aussi des douleurs en ceinture. Toujours il a uriné normalement.

Au mois de novembre 1899, ce malade, hospitalisé à l'hospice de Bicêtre, présentait au niveau de la face des altérations cutanées d'une nature toute particulière, survenues successivement depuis deux ans. On constatait, en effet, sur la face, des exulcérations multiples. L'une de celles-ci était située au niveau du bord inférieur de la symphyse mentonnière, une autre sous la commissure labiale droite, une troisième à deux centimètres au-dessous de la commissure labiale gauche. L'épiderme au niveau de ces trois plaques semblait abrasé, le derme était mis à nu sur l'étendue d'une pièce de un franc. Les bords n'étaient pas surélevés. Les poils faisaient défaut à ce niveau. La sensibilité était conservée sur toute la surface des exulcérations (*fig.* 1).

Au niveau du menton, on trouvait d'autres éléments croûteux, moins nettement limités, plus confluents, rappelant l'aspect du sycosis. Au niveau de la saillie de l'os malaire gauche était une cicatrice blanchâtre d'une érosion analogue.

L'aile du nez du côté droit présentait, depuis un temps que nous n'avons pu fixer, une cicatrice indiquant qu'un processus ulcéreux avait eu lieu à ce niveau ; ce processus a détruit la plu- grande partie de l'aile de la narine droite.

Sur le scrotum on voyait deux cicatrices arrondies, rosées, qu semblaient récemment guéries.

Telle était l'apparence des troubles cutanés au mois de novembre 1899. Trois mois plus tard, on constatait que la plu

grande partie de la plaque mentonnière était cicatricée, il ne restait plus qu'une petite surface ulcérée à ce niveau. Les plaques situées au-dessous des commissures des lèvres n'avaient aucune tendance à la cicatrisation.

En mai 1900, la plaque mentonnière s'était de nouveau ulcérée, la plaque de la commissure labiale gauche s'était étendue, elle atteignait l'aile du nez. M. Thibierge qui examina ce malade à cette époque, conclut à l'existence de troubles trophiques.



Figure 1. — Charl... Destruction de la narine droite par une ancienne ulcération cicatrisée. Au niveau de la lèvre inférieure et du menton se voient des ulcérations actuelles tout à fait superficielles et qui ne semblent pas avoir été de la même nature que le processus destructif de la narine.

Ce malade avait des réflexes rotuliens extrêmement faibles. Le réflexe crémastérien était aboli. Les réflexes cutané plantaire et cutané abdominal étaient normaux.

Il marchait avec quelque hésitation, à petits pas, sans talonner, sans présenter de l'ataxie des jambes. Il avait conservé la notion de la position de ses membres. On ne constatait aucun trouble des sensibilités tactile, thermique, douloureuse.

Il existait un myosis très accentué des deux yeux. Le réflexe lumineux et le réflexe accommodateur étaient abolis. Le champ visuel était normal.

Il n'y avait ni signe de Romberg, ni troubles de la miction.

On constatait un pied plat bilatéral et une scoliose légère à concavité droite.

Ce malade mourut de péritonite tuberculeuse au mois de juillet 1900.

La moelle a été examinée, dans ses différentes hauteurs, avec les méthodes de Weigert et de Pal.

Sur les coupes de la moelle lombaire inférieure, on constate une bande de sclérose située au niveau de la zone d'entrée des racines postérieures, puis au centre du cordon de Burdach. La bande de sclérose envoie en arrière un prolongement postéro-interne et en avant un prolongement s'arrêtant aux confins du territoire cornu-commissural. Les zones de Lissauer semblent touchées, mais très légèrement. Peut-être existe-il une disparition de quelques fibres nerveuses dans les racines postérieures.



Figure 2. — Région lombaire
Les zônes atteintes par la sclérose sont marquées par les points noirs

Sur les coupes intéressant le deuxième segment lombaire, la topographie des lésions est analogue, mais la bande de sclérose est moins marquée dans la zone d'entrée des racines. Le prolongement antérieur gagne le voisinage du sillon postérieur et avec celui-ci s'étend jusqu'à la commissure. Les zones de Lissauer et les racines postérieures semblent intactes (*fig.* 2).

Au niveau du premier segment lombaire, la bande de sclérose dans la zone d'entrée des racines a presque disparu. Le prolongement antérieur est devenu plus important. Dans les colonnes de Clarke, le reticulum nerveux est en grande partie conservé.

Sur les coupes de la région dorsale inférieure, on constate que la zone scléreuse des cordons de Burdach est moins large, elle s'étend moins en avant. Son prolongement postérieur a gagné la ligne médiane et occupe presque toute la moitié postérieure du sillon postérieur. Les racines postérieures sont peut-être légèrement altérées. Les colonnes de Clarke sont un peu pâles dans leurs deux tiers postérieurs (*fig*. 3)

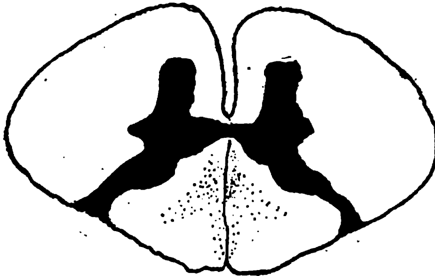


Figure 3. — Région dorsale inférieure

A la région dorsale moyenne, la zone scléreuse est moins prononcée, elle a pris la forme d'un M. (*fig*. 4).

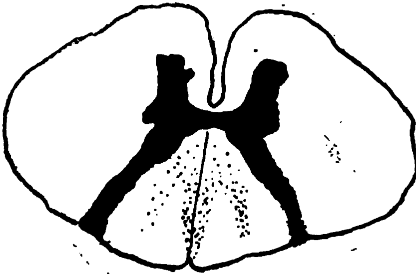


Figure 4. — Région dorsale moyenne

A la région dorsale supéro-moyenne, la zone scléreuse toujours peu prononcée occupe d'une part le voisinage immédiat du sillon postérieur, surtout dans sa région moyenne, et d'autre part est tangente au bord interne du renflement de la corne postérieure.

A la région cervicale inféro-moyenne, la sclérose peu accentuée

existe dans le cordon de Goll, et au milieu du cordon de Burdach dans un point correspondant au renflement de la corne postérieure ; elle ne vient d'ailleurs pas au contact de celle-ci. Les racines postérieures sont peut-être un peu atteintes.

Sur les coupes de la région cervicale moyenne, la zone scléreuse a disparu, mais la coloration de l'ensemble du cordon postérieur semble un peu pâle, surtout dans le voisinage du sillon postérieur. Les sillons secondaires qui séparent le cordon de Goll du faisceau de Burdach, sont assez accentués ; il existe d'un côté (à droite) une bande scléreuse nette qui occupe à peu près le territoire de la bandelette en virgule de Schultze (*fig.* 5).

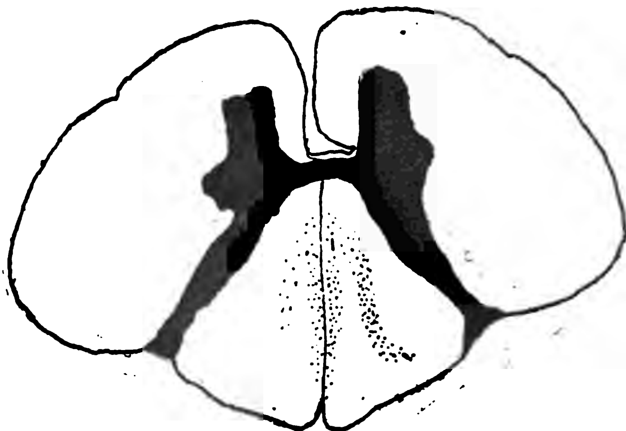


Figure 5. — Région cervicale moyenne

Sur les coupes de la région cervicale supérieure, on constate deux bandelettes de sclérose : l'une, située dans la moitié postérieure du cordon de Goll, est surtout marquée au voisinage des lèvres du sillon postérieur; l'autre correspond à peu près au sillon secondaire qui sépare le cordon de Goll du cordon de Burdach.

Sur les coupes passant par la partie inférieure de l'entrecroisement des voies pyramidales, les bandelettes scléreuses se retrouvent encore : elles peuvent être suivies un peu plus haut dans le bulbe et cessent avec les cordons postérieurs.

OBSERVATION II

Au mois de mars 1901, entrait à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre, un homme de 50 ans, présentant lui aussi une ulcération nasale avec perte des réflexes rotuliens. Voici d'ailleurs résumée l'histoire de sa vie.

Né d'un père qui mourut à l'âge de 50 ans de tuberculose pulmonaire, sans autres antécédents héréditaires intéressants à signaler, il ne se souvient d'aucune affection dans son enfance et son adolescence. Envoyé en Afrique vers sa vingtième année, il eut quelques manifestations paludéennes qui cessèrent d'ailleurs rapidement sous l'influence de la quinine. Il nie toute infection syphilitique.

En 1880, âgé alors de 29 ans, se montrèrent chez lui des symptômes nerveux consistant en vertiges, titubation, difficulté dans la marche, céphalalgie, bourdonnements dans l'oreille gauche. Il fut soigné alors dans le service de M. Germain Sée, à l'Hôtel-Dieu de Paris. A cette même époque, il aurait eu une certaine parésie du bras et de la jambe droits. Quinze jours environ après son entrée dans le service de M. Germain Sée, une exophtalmie subite se serait développée à gauche avec vives douleurs. Deux semaines plus tard, le globe oculaire se serait spontanément perforé. M. Panas a pratiqué à ce moment l'énucléation du globe oculaire gauche. Le malade nous a dit qu'il croyait que l'on avait constaté la présence d'une petite tumeur, laquelle aurait été enlevée avec le globe oculaire.

Quelques jours après l'ablation de l'œil s'est montrée une petite ulcération au niveau de l'aile gauche du nez, ulcération peu douloureuse, saignant légèrement. Elle a persisté durant deux années, la cicatrisation s'est faite spontanément, sans médication aucune, alors que primitivement, au début de l'ulcération, on avait essayé sans succès des traitements multiples.

En 1886, il entre à l'hospice de Bicêtre où jusqu'en 1895 il ne présente aucun phénomène morbide. A cette époque, il commence à tousser, il a quelques hémoptysies. Une tuberculose pulmonaire évolue ; pâle, fatigué, amaigri, il venait pour ces manifestations pulmonaires à l'infirmerie de Bicêtre au mois de mars 1901.

Une particularité est frappante sur sa face, c'est une destruction de l'aile interne du nez à gauche.

Le malade présente en effet au niveau de l'aile interne du nez à gauche une perte de substance, large environ comme une pièce de cinquante centimes, décrivant un arc de cercle à concavité inférieure. De plus, il existe une communication entre les deux narines par une destruction du cartilage de la cloison. Les bords de l'ulcération nasale se continuent avec les tissus sains, ne présentent pas de coloration spéciale, sauf quelques petits points isolés rougeâtres. Le lobule du nez est dévié légèrement vers la gauche. L'ulcération constatée n'a aucun des caractères ni du lupus, ni de la syphilis nasale (*fig.* 6).



Figure 6. — Vog... Destruction de la narine gauche par un ancien processus ulcératif

Le bord libre de la lèvre inférieure a un aspect cicatriciel. Cet aspect semble indiquer l'existence d'anciennes ulcérations superficielles.

Il existe une anesthésie absolue dans le territoire du trijumeau gauche. Les muqueuses nasale et buccale à gauche présentent aussi de l'anesthésie tactile. Aucun trouble trophique n'existe dans la cavité buccale.

La motilité de la langue est bonne, mais tirée hors de la bouche la langue présente une forme concave en haut. Cette concavité est due à un large et profond sillon antéro-postérieur qui se prolonge depuis la pointe jusqu'à la base de l'organe.

Le voile du palais est petit, il laisse apparaître à l'examen la paroi postérieure des fosses nasales. Par intermittence existent des troubles de la déglutition des liquides.

Les muscles masticateurs fonctionnent normalement.

Le malade dit qu'il a perdu le sens de la gustation depuis 1882. Il ne perçoit les odeurs d'aucune des deux narines. L'acuité auditive est très diminuée, puisque à droite le tic-tac d'une montre n'est entendu que lorsque cette dernière est au contact de l'oreille. A gauche, même au contact de l'oreille, le tic-tac d'une montre n'est pas entendu.

Il existe une anesthésie absolue dans le territoire du trijumeau gauche. Les muqueuses nasale et buccale présentent aussi de ce côté de l'anesthésie tactile.

Les réflexes rotuliens et les réflexes du tendon d'Achille sont abolis à droite et à gauche. Le réflexe cutané plantaire amène la flexion des orteils.

Les réflexes du poignet sont un peu plus forts à droite qu'à gauche. Les réflexes olécraniens sont normaux.

Le réflexe crémastérien est plus prononcé du côté droit que du gauche. Les testicules sont petits. Il y a peu de poils sur les pubis. D'ailleurs cet homme présente un aspect infantile.

Il n'existe ni signe d'Argyll Robertson, ni signe de Romberg. Le malade n'a jamais eu de douleurs fulgurantes, de douleurs en ceinture. Il n'a aucune ataxie ni des membres supérieurs ni des membres inférieurs. Il perçoit très nettement le contact du sol. Il n'a ni anesthésie trachéale, ni anesthésie épigastrique, ni anesthésie du nerf cubital, etc... Il ne présente et n'a jamais présenté de troubles urinaires.

En plus des divers symptômes que nous venons de mentionner, ce malade a des signes de tuberculose à la troisième période dans les deux poumons. A cette affection tuberculeuse est dû l'aspect des ongles en verre de montre ; les ongles sont aussi mous et flexibles.

L'affection pulmonaire fit des progrès rapides. L'ulcération nasale au mois de mai était rougeâtre, vivement congestionnée. L'état général s'aggrava et le malade mourait le 18 août 1901.

Le névraxe a été examiné sur des coupes microscopiques colorées par les méthodes de Weigert et de Pal.

Au niveau de la région sacrée, on constate, de chaque côté, dans le cordon postérieur, une très légère tache scléreuse au voisinage du sillon postérieur, mais ne le touchant d'ailleurs pas. Les racines postérieures sont peut-être un peu plus pauvres en fibres que normalement.

A la région lombaire inférieure existe une bande scléreuse transversale dans la zone d'entrée des racines, cette bande se poursuit jusqu'au voisinage du sillon postérieur.

Sur les coupes de la région lombaire moyenne une zone scléreuse se voit dans la zone d'entrée des racines. Elle offre un aspect légèrement triangulaire avec un prolongement antérieur et un prolongement postérieur, de peu d'étendue l'un et l'autre (*fig.* 7). A la région lombaire supérieure, la zone scléreuse occupe de chaque côté la région moyenne du cordon postérieur, sans être cependan tout à fait tangente au sillon postérieur.

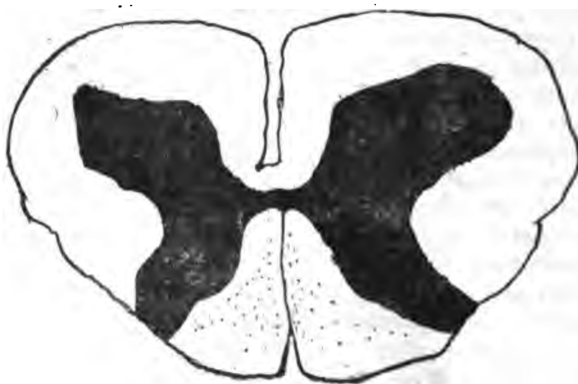


Figure 7. — Région lombaire
Les zônes atteintes par la sclérose sont marquées par des petits points

A la région dorso-lombaire la topographie de la zone scléreuse est analogue. Peut-être dans le centre de la colonne de Clarke, le reticulum des fibres nerveuses est-il un peu plus pauvre que normalement (*fig.* 8).



Figure 8. — Région dorso-lombaire

A partir de cette région, à mesure qu'on remonte dans la moelle, on constate que la zone scléreuse, va en diminuant d'intensité ; c'est à peine si le cordon postérieur prend une teinte un peu plus pâle, mais cette teinte semble s'étendre à une assez grande partie de ce cordon.

Dans la région cervicale supérieure apparaît de nouveau la disposition en zones de la sclérose (*fig.* 9). L'une des zones occupe la moitié postérieure du cordon de Goll ; l'autre zone, qui est à peine indiquée à droite, mais existe nettement à gauche, occupe dans presque toute sa longueur le sillon secondaire qui sépare le cordon de Goll du cordon de Burdach. Cette zone se renfle à son extrémité postérieure et se recourbe en dehors.

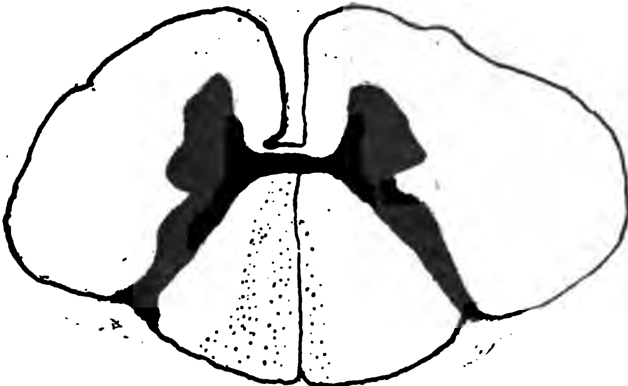


Figure 9. — Région cervicale

Les zones de sclérose s'affaiblissent sur les coupes sus-jacentes. Elles peuvent être suivies toutefois jusque dans la région inférieure de l'entrecroisement des pyramides bulbaires.

OBSERVATION III

Le troisième malade, présentant lui aussi une ulcération avec perte de substance de la narine et des troubles myélopathiques, est un homme de 76 ans, dont voici résumés les points importants de son observation.

Sans antécédents héréditaires intéressants, il a eu dans son adolescence quelques blennorrhagies, et en 1857 un chancre syphilitique. Une éruption papuleuse de nature syphilitique suivit le chancre, elle fut soignée par M. Ricord, elle dura dix années.

Il a eu deux pleurésies, l'une en 1880, l'autre en 1890, toutes deux à droite.



Figure 10. — Destruction de la narine gauche par un ancien processus ulcératif

En 1877, est apparue à la partie postérieure de l'aile du nez gauche une petite éminence de la grosseur d'un grain de chénevis, de couleur blanchâtre. Cette petite éminence fut cautérisée avec le nitrate d'argent.

En 1880, il se montra à ce niveau une exulcération indolore, n'ayant aucune tendance à saigner. Par intermittences existaient des adénopathies sous-maxillaires non douloureuses. La santé générale était très bonne.

De 1880 à 1892, l'exulcération devint une ulcération véritable,

ulcération à tendance envahissante. « Le nez, dit le malade, se mangeait toujours. » Vers cette époque, en 1892, l'application sur l'ulcération d'une pommade au calomel en aurait déterminé peu à peu la cicatrisation.

En 1880, en même temps qu'apparaissait l'ulcération de l'aile du nez, serait apparue aussi une petite ulcération au niveau de la base, près de l'angle interne de l'œil gauche. La paupière inférieure dans sa moitié inférieure s'est mise en ectropion. L'application à



Figure 11
La destruction de la narine est très évidente ainsi que la rétraction cicatricielle qui a amené du lagophthalmos

ce niveau de la pommade précédente a amené aussi la guérison de ce processus ulcéreux. Il en est résulté sur toute la partie gauche du nez un aspect cicatriciel.

En 1895, survint sur la partie médiane du nez à sa base une petite tuméfaction qui s'est lentement ulcérée. Sur cette ulcération se développent des croûtes que le malade arrache lui-même fréquemment. Cette ulcération persiste encore aujourd'hui, elle a l'apparence typique d'un cancroïde. Voici d'ailleurs l'aspect que présente actuellement son nez (*fig.* 10 et 11).

L'aile du nez gauche a complètement disparu. Il ne reste à sa place quê le trou béant de la narine. Ce trou est bordé en haut, en arrière et en bas par un tissu cicatriciel blanc, lisse, n'offrant pas au toucher une résistance plus grande que la peau adjacente. La cloison du nez ne semble pas touchée, sauf peut-être à l'endroit où elle vient s'insérer sur la lèvre supérieure. Le tissu cicatriciel empiète sur la lèvre supérieure et détermine sur celle-ci une trainée verticale de 4 ou 5 millimètres. A ce niveau les poils de la moustache sont plus rares, cependant il en existe quelques-uns.

De cette zone cicatricielle périnarinaire, on voit partir une trainée cicatricielle qui monte irrégulièrement vers l'angle interne de l'œil. Au niveau de celui-ci se trouve une dépression pouvant loger une petite fève, dépression située en avant et en dedans de l'angle interne de l'œil.

La paupière inférieure est adhérente par son angle interne au tissu cicatriciel et présente un degré assez accentué d'ectropion.

Sur la partie supérieure du dos du nez et sur le versant gauche de celui-ci, on trouve une exulcération superficielle croûteuse, très peu suintante, faisant une légère saillie au-dessus des parties voisines. Cette exulcération serait, d'après le malade, d'un aspect analogue, à celle ayant déterminé la perte de substance constatée au niveau de l'aile du nez.

Les réflexes rotuliens et les réflexes des tendons d'Achille sont abolis.

La percussion du tendon rotulien droit déterminer un réflexe contra-latéral des adducteurs très prononcé du côté gauche.

Les réflexes radial et olécranien sont normaux à droite. A gauche, le premier est fort, le second plutôt faible.

Quand on excite le territoire du nerf plantaire externe on détermine à droite et à gauche la flexion avec écartement des orteils, l'excitation du territoire du nerf plantaire interne détermine la flexion des orteils.

Les réflexes crémastériens sont abolis.

Les réflexes cutanés abdominaux (supérieurs, moyens, inférieurs) sont faibles.

Le réflexe pharyngé est aboli.

Les réflexes pupillaires sont normaux. Il n'existe pas de signe d'Argyll.

Le malade n'a jamais eu de douleurs fulgurantes, jamais de douleurs en ceinture. Il n'est pas ataxique, marche avec facilité même dans l'obscurité, il est capable de longues marches.

Il existe chez lui une ébauche du signe de Romberg.

Aucun trouble de la sensibilité n'est constatable.

Il a présenté, dans l'année 1900, des troubles urinaires consistant en envies impérieuses d'uriner. S'il ne pouvait satisfaire de suite cette envie, il avait dans son pantalon une miction complète. Ces phénomènes persistèrent durant huit mois. Au mois d'avril 1901, l'incontinence d'urine avait cessé, mais elle reparut au mois d'octobre suivant. Cet homme a conservé jusqu'à il y a deux ans la potentia coeundi et la libido. Actuellement la libido persiste, mais la potentia fait défaut.

Abstraction faite des symptômes précédemment décrits, la santé de cet homme est satisfaisante. Rien d'anormal n'est constaté dans les différents viscères. La pression artérielle, mesurée avec le sphygmomanomètre du professeur Potain, oscille entre 17 et 18 centimètres de mercure.

Un examen hématologique a donné les résultats suivants :

Hématies.	4.495.000
Leucocytes	6.200

Parmi ces derniers on compte :

Mononucléaires	24
Polynucléaires	75
Eosinophile	1

Telles sont les observations de ces trois malades. Il nous faut maintenant essayer de répondre aux trois questions que nous avons posées : 1° Quelle est la nature de la destruction narinaire ; — 2° quelle est la nature de l'altération des cordons postérieurs ; — quel lien rattache l'une à l'autre ces deux lésions ?

La première question ne semble guère pouvoir être élucidée par les caractères actuels de la lésion constatée, car il s'agissait, au moment où nous avons observé ces malades, d'une cicatrice déjà ancienne et ne présentant pas de caractères spéciaux. Chez un de nos malades, Bur... (observation III) celui-là que nous avons présenté à la Société médicale des hôpitaux, il existe, indépendamment de la cicatrice de l'orifice de la narine, une ulcération en activité au niveau de la racine du nez, ulcération ayant l'aspect d'un ulcus rodens typique. M. Danlos a

émis l'opinion, à la séance de la Société des hôpitaux, que le cancroïde pourrait rendre compte de toute la lésion cutanée observée chez le malade, de l'ulcération narinaire en particulier. Nous ne pensons pas que cette interprétation puisse être admise. L'ulcération, qui a déterminé la destruction de la narine, est une lésion très ancienne, puisqu'elle a débuté en 1877. Le cancroïde de la racine du nez, au contraire, est une lésion récente qui s'est montrée en 1895. Nous croyons donc qu'il s'agit de deux processus essentiellement différents. Ce n'est pas, en effet, la marche habituelle du cancroïde d'évoluer durant plus de vingt années. Il est probable que ce cancroïde s'est développé, ainsi que cela se constate souvent, sur une cicatrice ancienne.

Ces cicatrices anciennes sont vraisemblablement, dans nos cas, le résultat d'un processus syphilitique. Deux de nos malades avouaient en effet la syphilis. Chez celui qui est actuellement vivant, Bur... (observation III), âgé de 76 ans, la syphilis, contractée en 1857, a précédé de vingt-deux ans l'apparition de l'ulcération narinaire. Chez un autre de nos trois malades, Charl... (observation I), la syphilis fut contractée à 28 ans, mais nous ignorons la date du début de l'ulcération narinaire. Enfin; chez notre troisième malade, Voge... (observation II), la syphilis était niée de la façon la plus formelle. Il convient d'ajouter que les deux malades qui ont succombé étaient tuberculeux.

Quant à la seconde question : quelle est la nature de l'altération des cordons postérieurs de la moelle ? l'analyse de nos observations nous permet de donner les renseignements suivants.

Chez le premier des malades qui ont succombé, Charl... (observation I), à partir de 1892 et surtout en 1896 et 1897, il y eut des douleurs à caractère nettement fulgurant; les réflexes rotuliens étaient notablement diminués; parfois même on aurait pu les croire abolis, tant était faible la secousse déterminée par la percussion du tendon rotulien. Le réflexe crémastérien était aboli. La démarche présentait quelque hésitation, mais sans caractère ataxique. Il n'existait pas de signe de Romberg, pas de perte du sens musculaire, pas de

troubles de la sensibilité, pas de troubles de la miction. Il y avait un myosis bilatéral ; les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation étaient aboli.

Bien qu'un certain nombre de symptômes présentés par ce malade appartiennent indiscutablement à la série tabétique, nous n'avions pu nous résoudre à porter chez lui le diagnostic de tabes. Les lésions que nous avons décrites en détail plus haut, sont tout à fait adéquates aux symptômes observés. Il existe en effet, dans les cordons de Burdach, à la région lombaire, de chaque côté, une zone de sclérose légère. Cette zone se retrouve dans toute la hauteur de la moelle et va en s'atténuant de bas en haut. Dans la région cervicale supérieure, elle n'est plus représentée que par une mince bandelette plus marquée d'un côté que de l'autre. Au point de vue anatomique, l'aspect est donc également celui du tabes, mais d'un tabes tellement fruste, que l'on hésite à donner à cette altération le nom de la maladie de Duchenne, de la « phtisie médullaire ».

Chez notre second malade, Voge... (observation II), les phénomènes morbides du côté de la moelle sont encore bien moins accentués. Les réflexes rotuliens et achilléens étaient abolis, mais il n'existait ni ataxie, ni troubles de la marche, ni douleurs fulgurantes, ni signe de Romberg, ni signe d'Argyll Robertson, ni troubles de la miction. Quant à l'examen microscopique de la moelle, ses résultats sont également adéquats aux symptômes observés. Dans la région lombaire, on trouve bien une légère zone de sclérose dans les faisceaux de Burdach, mais plus on s'élève dans la moelle, plus cette zone de sclérose tend à s'atténuer. Dans la région cervicale supérieure, elle n'est plus représentée que par une très mince bandelette à direction antéro-postérieure.

Faut-il ranger ces cas sous la dénomination de tabes ? Si pour le premier (Charl.), cette interprétation est discutable, elle serait tout à fait excessive pour les deux autres malades qui, à part la diminution ou l'abolition des réflexes rotuliens, ne présentent aucun autre signe de tabes. Chez Voge... (observation II), notamment, les lésions constatées dans la moelle sont si peu prononcées que l'épithète « tabétique » ne saurait

leur être attribuée, bien entendu avec le sens actuellement attaché à cette épithète. Pour ces raisons, il semble impossible de classer ces trois cas à côté de ceux de Thibierge et de Giraudeau, cas dans lesquels on voit coïncider une symptomatologie tabétique et des ulcérations de la face qui, d'ailleurs, ne présentent nullement le caractère distinctif de notre rhinelcose.

Dans les deux cas précités, M. Thibierge (1) pense qu'il s'agit de troubles trophiques cutanés dus au tabes. Cette manière de voir ne saurait être adoptée par rapport à nos trois observations, pour la raison péremptoire que les lésions médullaires sont si peu accentuées que, comme nous venons de le dire, l'épithète de tabes ne leur est guère applicable, et l'on ne pourrait admettre qu'une destruction aussi profonde de la narine soit la conséquence d'altérations médullaires infinitésimales, alors que cette destruction ne s'observe jamais dans les cas de tabes authentique, pourtant si fréquents et si variés dans leur symptomatologie.

Mais si nous ne pouvons admettre que, chez nos malades, l'ulcération du nez dépende des lésions du système nerveux central, il n'en est pas moins vrai que, dans les trois cas, elle coïncide avec celle-ci, et qu'un lien quelconque doit rattacher ces deux ordres de phénomènes. Ce lien nous semble être la *syphilis*. Il est vrai que si deux de nos malades avouent avoir eu la vérole, le troisième la nie énergiquement, mais on sait que ces dénégations ne sont pas toujours une raison suffisante pour éliminer la syphilis quand des arguments de fait peuvent être invoqués en faveur de son existence. Nous pensons donc que l'on peut selon toute apparence, envisager les choses de la façon suivante : syphilis ancienne ayant déterminé d'une part l'ulcération destructive de la narine, d'autre part la lésion des cordons postérieurs de la moelle.

En tout cas, il nous a paru intéressant de signaler cette curieuse coïncidence chez les trois malades qui se sont présentés à notre observation.

(1) Thibierge. — *Annales de dermatologie*, 1901.

II

SURDITÉ ET DIPLÉGIE FACIALE PAR FRACTURE DOUBLE DES ROCHERS

Par

M. LANNOIS
agrégé, médecin des hôpitaux.

P. VACHER
interne des hôpitaux de Lyon.

Le fait d'une lésion frappant d'une façon plus ou moins symétrique le trajet de la septième paire des deux côtés, paraît, au premier abord, devoir constituer une rareté. Une revue récente de M. Sainton (*Gazette des hôpitaux*, n° 132, 1901), une thèse soutenue en janvier dernier par M. Lévy de Paris, en donnant un état complet de la question, sont venues montrer que la diplégie faciale, ou prosopoplégie de Boix et de Wachsmuth pouvait provenir des causes pathologiques les plus diverses. Les observations publiées sont nombreuses et dans la voie compliquée des fibres du facial la lésion double a été observée partout.

Avec les deux auteurs que nous venons de citer, on peut diviser les cas observés en :

1) Diplégies faciales supra-nucléaires dans lesquelles la voie centrale est intéressée entre l'écorce et le noyau d'origine. Dans cette catégorie rentrent surtout les diplégies dues à des lésions cérébrales proprement dites, se traduisant cliniquement par une intégrité relative du facial supérieur.

2) Diplégies faciales nucléaires dans lesquelles les lésions associées d'autres nerfs sont la règle et viennent le plus souvent permettre le diagnostic avec localisation assez exacte (paralysie labio-glosso-laryngée, etc.).

L'étiologie, dans ces deux cas, imputable le plus souvent à des foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement permettra de

comprendre que la paralysie évolue ordinairement en deux temps.

3) Diplégies faciales périphériques où le nerf est atteint sur un point quelconque de son parcours, plus ou moins symétriquement à gauche et à droite. Si l'on songe à ses rapports dans son trajet intra-crânien, on comprendra aisément la fréquence signalée par tous les auteurs de l'atteinte simultanée de l'auditif. D'autre part, comme il s'engage dans le rocher, il est naturel d'admettre *a priori*, ce que de nombreuses observations confirment du reste, sa participation fréquente aux altérations de cet os et de son périoste, aux inflammations de l'oreille.

Nous n'insisterons pas sur les cas de diplégie faciale d'origine infectieuse et névritique. La plupart des infections générales ont été signalées dans l'étiologie. Tout récemment encore, M. Herzfeld en citait un cas survenu à la suite de la scarlatine, M. Decroby un autre dont l'étiologie paraissait être rhumatismale ou *a frigore* et enfin M. Raymond, un autre survenu au cours d'une blennorrhagie.

Mais parmi ces causes étiologiques, il en est une sur laquelle les auteurs insistent peu, c'est le traumatisme et la fracture de la base du crâne. La paralysie unilatérale de la septième paire est bien connue comme complication de la fracture du rocher : elle a même une grosse importance diagnostique ; mais les traités insistent fort peu sur la double lésion du facial.

Bernhardt à l'article *Paralysie faciale double*, du traité de Nothnagel se contente de mentionner le traumatisme, en ajoutant que la participation de l'auditif et de l'abducens (fait sur la valeur duquel nous aurons à revenir) est extrêmement fréquente. P. Sainton dans son article, Lévy dans sa thèse, citent également la fracture de la base du crâne.

Au total, il est facile de se convaincre de la rareté des observations ; de plus, celles qui ont été publiées depuis l'ouvrage de Gama (1835), sont dues à des auteurs étrangers. C'est ce qui nous a engagé à publier un cas qu'il nous a été donné récemment d'observer et où la cause ne paraît pas douteuse. Ce cas est intéressant par l'apparition pour ainsi dire

immédiate de diplégie faciale et de surdité bilatérale après un traumatisme.

Avant de le relater, mentionnons les observations analogues à la nôtre et où le traumatisme a été invoqué.

Gama, dans son ouvrage paru en 1835 et intitulé *Traité des plaies de tête et de l'encéphale*, après avoir décrit les effets de la fracture, de la compression, de la commotion cérébrale, s'étend longuement sur les paralysies consécutives. Il les divise en « paralysies de la sensibilité, de la motricité et de l'intelligence ». Il fait surtout allusion à des cas de blessure par armes de guerre qu'il lui avait principalement été donné de constater à son époque. A côté d'observations non douteuses de surdité bilatérale nettement décrite, de paralysie faciale unilatérale, il est des descriptions qui, visiblement, se rapportent à la prosopoplégie de Boix, bien qu'on ne rencontre pas d'exposé détaillé des symptômes.

On ne devait plus revenir sérieusement sur la question jusqu'au travail présenté à l'Académie de médecine, en 1852, par Davaine sur la *Paralysie double de la face,* travail qui est un bon exposé d'ensemble.

La même année Romberg, dans son *Lehrbuch der Menschen Krankheiten,* revient aussi sur la diplégie faciale d'origine traumatique avec un cas à l'appui.

On ne retrouve ensuite rien jusqu'en 1875, époque à laquelle Kettli publie dans la *Wiener medizinische Presse*, un cas très analogue au nôtre et dans lequel une double fracture du rocher avait entraîné la paralysie double et totale du facial et la surdité.

Enfin, plus récemment, Coslowski, dans la *Revue de médecine de Sprimont,* publie une observation tout à fait analogue et qui, de point en point, peut être mise en regard de la nôtre et de celle de Kettli.

Stintzing, dans une revue générale de la *Münchener méd. Wochenscrift* (1893), n'apporte aucun exemple nouveau et passe très brièvement sur la question du traumatisme.

Voici maintenant notre observation :

J. B., 51 ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents, vient nous consulter le 27 décembre 1901.

Le 19 octobre dernier, il conduisait un attelage lourdement chargé, lorsqu'à une descente la voiture étant un peu sortie du chemin il voulut la remettre dans la bonne direction. Tout à coup le véhicule ayant été entraîné par son propre poids, il tomba entre les roues et eut la tête comprimée entre le sol et une barre de bois transversale. Lorsqu'on le releva, il avait toute sa connaissance, il avait même fait des efforts pour se relever. On constate qu'il présentait une large plaie allant de la région temporale à l'occiput à gauche, et une autre à la face, au niveau de la région du maxillaire supérieur droit. Pendant les 10 jours qu'il passa au lit, il présenta des hémorrhagies assez abondantes par la bouche, le nez et les oreilles. Mais fait essentiel sur lequel nous reviendrons, 24 heures après l'accident, on s'aperçut que le malade était devenu complètement sourd.

En outre le fils du malade, de qui nous tenons tous ces renseignements, aurait remarqué que deux jours après le traumatisme, son père en mangeant était obligé de refouler avec les doigts les aliments que s'accumulaient entre les gencives et les joues. En même temps, et à partir de cette époque il remarqua que la face restait toujours fixe, immobile et sans expression.

Au bout de 10 jours, le malade put se lever; il se plaignait surtout de sa surdité pour laquelle il vient consulter. Actuellement à l'examen du crâne on constate à gauche deux cicatrices : l'une répond à la suture lambdoïde dans sa partie supérieure et est entièrement fermée, l'autre à la suture temporo-occipitale qu'elle coupe en son milieu. Celle-ci n'est pas encore fermée à sa partie antérieure, et donne issue à du liquide séro-sanguinolent et parfois à des débris constitués surtout par des morceaux de feuilles. La plaie de la face siège à la région du maxillaire supérieur droit et est entièrement cicatrisée.

En examinant le malade on est à première vue frappé de l'aspect absolument immobile de tout le masque facial. Jamais un mouvement, jamais une secousse, et le visage semble rester insensible à tout ce qui se passe autour de lui comme aux paroles articulées par le malade lui-même dont les lèvres restent figées, abandonnées à leur propre poids. La prononciation des labiales est très nettement entravée.

Si nous passons aux détails nous voyons que les sourcils sont tombants comme tirés en avant et en bas et surplombent fortement la paupière supérieure ; toute tentative du malade pour les relever est inutile. La région frontale a ses rides effacées et le muscle sous-jacent ne peut donner aucune contraction. Les yeux

restent perpétuellement ouverts, et si l'on fait signe de les fermer on voit simplement les globes oculaires se dévier, le gauche en haut et en dehors, le droit en haut et en dedans et venir abriter la cornée derrière la paupière supérieure. La chute de la région sourcillière les fait paraître fortement enfoncés dans l'orbite.

Le bord palpébral inférieur est nettement éversé en bas et en avant; les larmes sans couler sur les joues s'accumulent simplement dans le cul de sac conjonctival inférieur. Les conjonctives palpébrales sont fortement injectées.



Aucun trouble de la motilité des globes oculaires. L'acuité visuelle n'a pas changé, les pupilles sont égales et réagissent normalement.

On remarque un effacement complet égal et symétrique des deux côtés des deux joues qui sont lisses et flasques : on ne peut obtenir aucune contraction dans le territoire des zygomatiques ou des élévateurs de la lèvre supérieure. Les narines, en dilatation

moyenne permanente, ne s'écartent plus au moment de l'inspiration.

La commissure labiale reste immobile, un peu déviée à droite, attirée qu'elle est par la cicatrice de ce côté ; l'acte de siffler est impossible et l'air s'échappe sans force. Si le malade arrive à éteindre une bougie c'est par un artifice qui consiste à faire une profonde et brusque expiration.

Les aliments s'accumulent toujours entre les gencives et les joues. Immobilité absolue des muscles mentonniers et disparition complète des plis produits par le peaucier qui ne se contracte plus quand on excite son réflexe.

La motilité linguale persiste intacte comme celle du voile et du pharynx, mais on constate *que le goût est aboli dans toute la moitié antérieure de la langue.*

Du côté des oreilles, le malade a présenté un écoulement de sang immédiat qui persistait encore 24 heures après l'accident. En même temps s'est établie la surdité dont on ne s'est aperçu qu'après le même délai et qui était complète à ce moment.

Actuellement on est forcé de correspondre avec le malade par l'écriture. Toutefois la perception des vibrations sonores n'est pas totalement abolie à droite. C'est ainsi que le Dr Jaunin de Genève, que le malade a consulté d'abord, a réussi après cathétérisme à faire percevoir du côté droit le diapason *do* (256 vibrations). Actuellement si on lui parle avec le grand cornet acoustique, il entend un peu par l'oreille droite, mais sans comprendre. De cette même oreille droite, il entend le sifflet.

La transmission osseuse aurait été conservée au début pour tous les diapasons.

A l'examen des tympans on trouve : A droite, une zone d'épaississement en arrière du manche du marteau, avec triangle lumineux horizontal très petit ; à gauche, de l'épaississement généralisé, avec une perforation centrale qui donne encore un léger suintement.

Actuellement, l'examen pratiqué par le Dr F. Chavanne avec la série des diapasons donne les résultats suivants :

Les diapasons, placés sur le front ou le vertex, provoquent une sensation tactile, mais pas de sensation auditive.

Sur la mastoïde, ut_1 et ut_2 procurent au malade une sensation de roulement. Ils ne sont pas entendus par voie aérienne.

Ut_3 et ut_4 ne sont perçus ni par voie osseuse ni par voie aérienne.

Ut_5 n'est pas perçu par voie osseuse ; par voie aérienne il est légèrement entendu à D, pas du tout à G.

Ut_6 n'est perçu ni par voie osseuse ni par voie aérienne.

Enfin, il faut ajouter que le malade a des *vertiges*, il a expliqué à son fils que la tête lui tournait et qu'il avait tendance à tomber en avant. Il a la démarche un peu titubante caractéristique et avance les jambes écartées; il ne se déplace qu'avec lenteur, tourne sur lui-même avec difficulté, s'assied lourdement sur les chaises. Il ne se risque pas à sortir seul, même dans son jardin et, lorsqu'il marche, demande à son fils de le tenir par le bras.

Le 25 janvier 1902, le malade revient se présenter à nouveau. Son état s'est peu modifié : la surdité persiste la même. Au point de vue de la motilité faciale, il semble cependant y avoir un peu d'amélioration. Il y a une esquisse de fermeture volontaire de l'œil gauche et le malade produit quelques secousses dans les muscles élévateurs de la lèvre du même côté. Il prononce actuellement toutes les voyelles et consonnes séparément, notamment il prononce suffisamment bien les labiales. Toutefois, dans la parole ordinaire, surtout s'il veut aller un peu vite, le commencement de la phrase est assez net, mais la suite devient bredouillée et plus difficilement intelligible. Au début, avant que l'on voie le malade, la parole était beaucoup plus modifiée, beaucoup plus difficile à comprendre et ceci n'avait pas peu contribué à rendre le malade irritable après son accident.

L'examen électrique est pratiqué :

1) Au courant faradique.

Pour les muscles, à droite, il faut, au charriot, pour obtenir la contraction :

Du frontal.	150
Des élévateurs de la lèvre et zygomatiques. .	180
Des muscles mentonniers	130

A gauche :

Du frontal.	180
Des élévateurs et zygomatiques.	180
Des mentonniers	160

Pour les nerfs :

Nerf facial droit : à 150 apparaissent les premières contractions qui se passent dans le frontal, pour se généraliser à 180 aux muscles du menton et à 300 aux élévateurs de la lèvre et zygomatiques.

Nerf facial gauche : à 180, on obtient des contractions générales.

2) Au courant galvanique, avec 8-10 milliampères, on a des deux côtés :

Pour les nerfs : une contraction nette avec comme résultat NFS = PFS. On obtient POS seulement dans les muscles mentonniers, où d'ailleurs NOS est également perceptible.

Pour les muscles : on obtient pour tous les groupes musculaires :

$$PFS > NFS$$

POS positif et suivi de contraction nette dans le groupe mentonnier surtout.

NOS reste négatif partout, sauf dans le groupe mentonnier.

D'une façon générale avec le courant galvanique, on a une augmentation manifeste de l'excitabilité tant pour les nerfs que pour les muscles. Avec les intensités relativement faibles dont nous nous sommes servis, on a des secousses très marquées et le frontal se contracte avec deux à trois milliampères.

En résumé, l'examen électrique révèle une diminution sensible de l'excitabilité faradique des nerfs et des muscles, une augmentation marquée de la contractilité galvanique de ces derniers. La secousse de fermeture avec le pôle positif est égale ou supérieure à celle obtenue avec le pôle négatif et l'on a avec des courants faibles des contractions d'ouverture surtout dans le groupe mentonnier avec le pôle + et le pôle —. C'est un type incomplet de réaction de dégénérescence.

Cette observation est intéressante par l'établissement *immédiat* d'une *paralysie faciale égale et complète des deux côtés*, s'accompagnant simultanément d'abolition de l'ouïe et de vertiges. Devant un pareil début, on ne peut pas se montrer hésitant ; il n'est pas douteux que ces phénomènes ne soient dus à une interruption brusque des fibres nerveuses, telle que celle réalisée au niveau d'un trait de fracture. Cette suppression symétrique de deux fonctions n'évolue pas en plusieurs temps, bien différente en cela de ce que l'on observe, dans la plupart des autres variétés de diplégie faciale, et d'une façon générale de paralysie double des nerfs crâniens à la base du crâne. La cause qui, par exemple, fera évoluer progressivement une paralysie due à un foyer d'ostéite s'il s'agit de lésion du rocher, ou à un hématome qui progresserait de la convexité à la base,

ne se retrouve pas ici. D'ailleurs, il n'y a pour ainsi dire, pas d'intervalle entre le traumatisme et l'établissement de la paralysie. La violence extérieure a eu un effet aussi rapide et aussi sûr qu'une section nerveuse à la base du crâne réalisée par un expérimentateur.

Le début a donc été typique et ne permettait pas l'hésitation. Ajoutons même que les lésions étaient si également réparties des deux côtés, que l'entourage du malade ne fut pas frappé par l'immobilité des traits, et trompé par la parfaite symétrie du masque facial paralysé, n'attacha qu'une importance relative aux troubles de la préhension et à la gène de la mastication. La surdité, par contre, ne pouvait passer inaperçue. Nous n'insisterons pas davantage sur les détails de l'observation : rien ne manque à notre malade qui offre absolument tous les symptômes signalés en pareil cas au grand complet. Sur la photographie jointe à notre travail, on a bien cette impression d'impassibilité, d'état lisse et figé des traits, de tristesse d'un malade qui, parmi ses moyens de correspondre avec ses semblables, a perdu celui d'entendre leurs paroles, et celui non moins essentiel de traduire par la mimique de son visage ses émotions et ses pensées.

On donne généralement partout et d'ailleurs avec raison, un pronostic très sévère pour les paralysies faciales dues aux lésions traumatiques du nerf de la septième paire. Dans les ouvrages de chirurgie, dans les revues générales, depuis celle de Stintzing jusqu'à celle de Sainton, il est dit que l'on devra se montrer très réservé. On comprend aisément que les fibres nerveuses puissent être en pareilles circonstances irrémédiablement détruites. Néanmoins, en plus de ce fait que notre malade a conservé quelques fibres de son auditif droit, il semble qu'à gauche il se soit fait une légère réparation de son facial : quelques mouvements de l'orbiculaire palpébral, quelques secousses volontaires de la commissure labiale, une meilleure prononciation des labiales attestent cette amélioration. Néanmoins il présente un type suffisamment marqué de réaction de dégénérescence pour que l'avenir au point de vue fonctionnel apparaisse très peu brillant. Les vertiges pourront sans doute s'atténuer, mais la surdité nous paraît irrémédiable.

Mais l'observation est encore intéressante à un autre point de vue et il s'y attache une question de diagnostic d'assez haute importance. Depuis les célèbres et déjà anciens travaux de Aran et Félizet, en présence d'un traumatisme du crâne, connaissant sa direction et son point d'application, on peut prévoir assez exactement le genre de lésion et la direction du trait de fracture ; il faut reconnaître que cette détermination est singulièrement facilitée par les symptômes ultérieurs, les paralysies surtout. Parmi les nerfs les plus exposés à être atteints, trois surtout sont à signaler : le facial, l'auditif et l'abducens. Ils doivent leur vulnérabilité spéciale à leur long trajet à la base du crâne d'une part et de l'autre aux rapports particulièrement intimes qu'ils affectent avec le rocher.

Voyons maintenant ce qui s'est passé dans notre cas. Le traumatisme agissait de telle façon, que la tête du malade s'est trouvé comprimée en sens diagonal, d'une part entre le sol qui arrêtait le coté droit de la face, d'autre part entre la barre transversale de la voiture qui écrasait la région occipitale antérieure. Au temps où Félizet, distinguant encore mal les fractures irradiées de la voûte à la base des fractures dites indirectes ou par contre-coup, tendait à généraliser à toute sa fameuse théorie des arcs-boutants de la voûte, l'explication eût été très simple. La violence agissait dans notre cas à la partie postérieure du rocher, comme d'autre part son extrémité antérieure est solidement maintenue par l'apophyse basilaire, il se rupturait entre le point d'application de la force et celui de la résistance au point le plus faible. Le traumatisme n'ayant point épuisé sa vigueur et agissant par compression du crâne en sens diagonal, le rocher du côté opposé avait à subir la même épreuve et succombait de la même façon. Cette explication, bien qu'elle ait aujourd'hui perdu de sa valeur pour les fractures comme la nôtre, non irradiées de la voûte à la base, reste néanmoins séduisante et très suggestive.

Gardons de cette théorie de Félizet un seul point : c'est qu'il existe vers la partie moyenne du rocher une région que sa nature prédispose à être victime du traumatisme. Au-dessus de la fosse jugulaire et lui faisant plafond, en avant de l'évi-

dement du trou déchiré postérieur, le rocher se creuse de cavités importantes : dans l'une, le conduit auditif interne, s'engagent le facial et l'intermédiaire ainsi que l'auditif faisant gouttière au premier. Ce conduit auditif interne va être le centre de la région délicate à laquelle prennent part l'aqueduc de Fallope et, de chaque côté, le canal carotidien et l'oreille interne. Admettons maintenant avec Pollosson, Poncet, et Malafosse dans sa thèse de Lyon, que le crâne, vaste cavité irrégulière réagisse loin du point d'application de la force suivant ses sutures, échancrures ou points faibles, rappelons-nous les indications données par Félizet, et nous verrons que fatalement dans notre cas, le point touché devait être celui du conduit auditif interne.

Les théories actuelles expliquent donc très bien que la fracture perpendiculaire bilatérale des deux rochers se soit produite chez notre malade. Le trait de cette fracture a coupé nettement la direction du conduit auditif interne et la paralysie s'est limitée aux deux nerfs qui s'y engagent.

Quelques auteurs avaient donné comme fréquente la blessure du moteur oculaire externe. Dans notre cas, comme d'ailleurs dans tous ceux qui lui sont analogues et qui ont été publiés, elle n'a pas été constatée. C'est que, comme l'ont bien fait voir Panas et Gangolphe, la lésion de la septième paire, doit fatalement relever de la fracture du sommet du rocher. Dans le cas où le facial et l'auditif sont touchés, il ne faut pas s'étonner que le moteur oculaire externe échappe ordinairement. Dans les cas où l'on a constaté sa participation, il devait exister un trait de fracture oblique et irrégulier.

III

GOUTTE AIGUE DU PHARYNX

Par **M. LERMOYEZ**, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
et **G. GASNE**, ancien chef de clinique de la Faculté.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris)

Le fait suivant nous a causé quelque surprise. Il n'a dans ses allures rien qui ne soit très classique. Cependant, certaines recherches faites dans nos livres nous ont montré qu'il s'observe beaucoup plus rarement que ne le pourraient faire supposer la fréquence de la goutte et les caprices de ses localisations. Ainsi, Sokolowski (1), chargé de mettre au point la question de la goutte des premières voies aériennes dans un des principaux compendiums allemands, ne relate les faits analogues au nôtre qu'en ayant bien soin de couvrir sa responsabilité avec le témoignage de quelques auteurs qu'il croit être dignes de foi. L'observation que voici pourrait le convaincre.

M. He..., 48 ans, célibataire. Père et mère non goutteux ; nombreux frères et sœurs non goutteux également.

A toujours été sujet aux douleurs : a eu à l'âge de 13 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu, mais depuis lors jamais de déterminations articulaires franches. Par profession et par goût, il a voyagé longtemps dans les pays chauds, souvent dans des régions inexplorées, malsaines et dénuées des ressources du confortable moderne. Il a récolté au hasard de ses pérégrinations dans l'Amérique du Sud, l'Afrique australe, la Perse, les Indes...

(1) Sokolowski. — In *Handbuch der Laryngologie und Rhinologie*, von P. Heymann, tome II, page 689.

la fièvre intermittente, la fièvre jaune, le béribéri, la dysenterie, sans oublier la syphilis. Mais, depuis quinze ans, notre malade n'a plus quitté l'Europe, et il ne lui reste de ses nombreuses infections qu'une grande susceptibilité intestinale, et une contracture faciale légère, reliquat d'une paralysie périphérique.

M. He... est de haute stature, de corpulence normale, toujours sobre, faisant régulièrement un exercice modéré, menant, en somme, une vie très régulière. Notons qu'il est ce qu'on appelle un « nerveux », et qu'il est resté plusieurs mois en Allemagne, soigné pour des troubles de neurasthénie grave, qui ont nécessité l'isolement. Depuis quelques semaines, le nervosisme ordinaire, entretenu par des tracas d'affaires et de vie intime, s'était accentué : l'entourage du malade le trouvait irritable, agacé, quand, brusquement, après une journée absolument normale, sans refroidissement, sans fatigue, il est pris, dans la nuit du 4 au 5 mai 1901, d'une violente douleur dans la gorge, accompagnée de malaise général. Examiné dès le lendemain matin, il présente un gonflement peu accentué de l'amygdale gauche, avec rougeur diffuse du voile, des piliers et de la paroi postérieure du pharynx. La douleur est très vive, elle rend la déglutition difficile ; l'examen à l'abaisse-langue est presque impossible, d'ailleurs, tant la crainte de l'instrument est vive. La peau est chaude, couverte de sueur, le pouls à 120, la température axillaire à 38°,5 ; la langue étalée, avec la marque des dents à la périphérie, est couverte d'un léger enduit saburral. La courbature est intense : le malade a la plus grande peine à s'asseoir sur son lit, et à lever les jambes. Les urines sont rares et très foncées.

Le malaise général continue les jours suivants ; les phénomènes pharyngés s'accentuent, la déglutition est de plus en plus difficile, la douleur est telle que le malade ne prend que quelques gouttes de liquide, et encore au prix d'une vive souffrance. Le fond de la gorge est rouge intense, sans aucun enduit, sans apparence de fausse membrane. Il n'y a pas d'adénopathie.

Une purgation saline, prise le 8 mai, amène une sédation relative des douleurs de gorge, mais celles-ci reprennent le lendemain avec une acuité nouvelle ; le 10, la voix devient nasonnée, les liquides refluent par le nez : le malade a la sensation d'un gonflement énorme de la base de la langue. Toute l'arrière-gorge est, en effet, considérablement tuméfiée, principalement dans la partie gauche : de ce côté, le voile semble repoussé en avant, comme par une tumeur amygdalienne volumineuse.

Le lendemain, M. Lermoyez est appelé à voir le malade ; les

phénomènes généraux et fonctionnels sont les mêmes, la voix très altérée, la déglutition impossible, avec reflux par le nez, la douleur intense.

L'examen local est rendu difficile par la terreur qui en résulte. Le gonflement est peut-être moins marqué que la veille ; il est surtout accentué à gauche ; de ce côté, le pilier antérieur est repoussé en avant, mais ne donne pas au doigt la sensation d'une tension forte, encore moins de rétinence : l'amygdale est moyennement refoulée en dedans. La rougeur est très vive, diffuse : il n'y a toujours pas d'adénopathie. On note cependant qu'il n'y a pas de trismus, le malade pouvant ouvrir largement la bouche tant qu'il est sûr qu'on n'y portera aucun instrument. Néanmoins, le diagnostic d'abcès péri-amygdalien semble s'imposer en raison de la violence des douleurs, surtout de l'unilatéralisation du gonflement, avec refoulement en avant du pilier antérieur, et le déplacement en dedans de l'amygdale, qui ne présente pas d'exsudat : il est d'ailleurs dans les allures des suppurations juxta-amygdaliennes de ne point donner d'adénopathie notable. Pour calmer lés douleurs, on propose de donner issue au pus, en débridant avec un crochet la fosse pré-amygdalienne, opération plus rationnelle et beaucoup plus inoffensive que l'incision classique du pilier antérieur : mais l'indocilité du malade est telle qu'on est forcé de renoncer momentanément à toute intervention sur la gorge.

Le lendemain, 12 mai, l'état reste sensiblement le même : mais, le surlendemain, au réveil, survient un vrai coup de théâtre : le malade parle facilement, ne souffre plus du tout de la gorge et avale tout ce qu'il veut ; cependant, il n'y a eu aucune expectoration de pus ni de sang. L'examen de la gorge fait constater la disparition complète de toute tuméfaction : il ne reste plus qu'un peu de rougeur unilatérale. Seulement, au milieu de la nuit, a apparu une violente douleur au niveau de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil droit ; la douleur est lancinante, cruelle, intolérable ; la région est gonflée, la peau rouge sombre, chaude et tendue. C'est l'accès de goutte typique, le premier que le malade ait eu jusqu'à ce jour. Le salicylate de soude et le colchique viennent rapidement à bout de cette poussée ; et le 1er mai, la marche est possible, bien qu'encore pénible.

Depuis cette époque, le malade a présenté, à plusieurs reprises, des manifestations articulaires très nettes : mais, jamais rien n'a attiré notre attention du côté de la gorge.

Un tel fait est démonstratif à l'évidence. On ne saurait met-

tre en doute que la goutte ait frappé d'abord la gorge, simulant un abcès péri-amygdalien ; le diagnostic est affirmé par la métastase sur l'orteil.

Et cependant, il est à craindre que ce cas schématique, pas plus d'ailleurs que les rares faits analogues qui ont été rapportés, n'aient raison du septicisme que professent de plus en plus les laryngologistes vis-à-vis des prétendues manifestations de la goutte sur la gorge. D'une façon absolue, qu'ils aient tort, on en doit convenir ; mais aussi, qu'on ait la franchise d'avouer que la médecine générale a bien contribué à tiédir leur foi en la goutte pharyngée. Certes, il est de bon ton, — et on ne s'en abstient guère — d'accuser les spécialistes de se confiner à outrance dans leur localisation, et de ne rien voir, de ne rien soupçonner au delà de la lésion régionale. Mais ceux-ci ne seraient-ils pas en droit d'intenter une action reconventionnelle contre les médecins qui abusent à tort et à travers de l'épithète goutteuse, qui abritent l'insuffisance de leur examen et le néant de leur diagnostic derrière le masque d'une interprétation pathogénique commode, sorte de passe-partout clinique?

Presque invariablement, les gorges qu'on leur adresse, quoi qu'elles présentent, doivent avoir des « granulations » : et celles-ci poussent sur un terrain nécessairement lymphatique avant vingt ans, et fatalement arthritique ou goutteux après trente ans. Or, le miroir y montre les lésions locales les plus variées, hypertrophie des trois amygdales, myxomes du nez, polypes du larynx, etc. L'un de nous trouverait facilement dans ses souvenirs à citer des faits de ce genre, d'une vraisemblance sujette à caution : telle pharyngite dite goutteuse, soignée pendant vingt-trois ans à Cauterets, et guérie ensuite en peu de jours par l'ablation de polypes du nez; telle angine également dite goutteuse, où Vichy, prescrit quatre ans de suite, avait totalement échoué, parce qu'il y avait un abcès chronique de l'amygdale gauche ; et encore un cas, désigné et publié comme coryza chronique goutteux, qui fut reconnu seulement comme un cancer du sinus sphénoïdal, le jour où un œil fut délogé de l'orbite. « On abuse du mot goutte, dit « Morell-Mackenzie ; la goutte, c'est la dernière ressource du « médecin qui n'a pas de diagnostic. »

Où pourtant l'épithète goutteuse pourrait être mieux justifiée, c'est en présence des gorges douloureuses, qui ne présentent pas de grosses lésions anatomiques, et dans lesquelles une erreur grossière n'est pas le premier renseignement donné par le miroir. Mais comme il s'agit ici d'une question d'interprétation, et non pas de fait, les avis diffèrent sensiblement suivant les hommes et suivant les pays. Tandis que les Allemands sont fort peu disposés à faire intervenir la goutte dans la pathogénie des pharyngites, les médecins anglais et américains, bien mieux placés, il est vrai pour voir des goutteux, tombent en une exagération inverse. Tel Solis Cohen (1), qui incrimine la goutte comme facteur de tous les maux de gorge non spécifiques, du moment qu'il y a un excès d'acide urique dans l'urine. Grande aussi est l'erreur de Leclerc (2), qui assimile à la pharyngite goutteuse l'angine rhumatismale de Lasègue : or, ce que le médecin de la Pitié a décrit dans son « traité des angines », n'est autre chose que l'angine aiguë, porte d'entrée de polyarthrites infectieuses diverses.

Pour ramener la question de la goutte de la gorge à un degré de vraisemblance raisonnable, il importe avant tout de faire un tri parmi les faits plus disparates, rapportés sous ce nom. On les pourrait, par exemple, classer en trois catégories, suivant que l'influence étiologique de la goutte semble : 1° douteuse ; 2° probable ; 3° évidente :

1° Goutte douteuse de la gorge, c'est-à-dire maux de gorge mal définis, survenant chez un sujet goutteux.

Solis-Cohen nous dit qu'il faut étendre la dénomination de goutteux à bien d'autres gens que ceux qui souffrent de fluxions articulaires typiques, ou qui portent des tophus; qu'une urine trop acide doit suffire à mériter cette épithète. Mais cette exagération l'oblige à donner comme caractères locaux de l'angine goutteuse, les lésions les plus banales du pharynx, granulations, faux piliers, varices, muqueur

(1) Solis-Cohen. — Some of the throat conditions observed in gout subjects. *Philadelphia medical news*, 4 nov. 1893.

(2) Leclerc. — De l'angine goutteuse, *Normandie médicale*, 15 décembre 1898.

épaisse, etc., et à concéder que la goutte ne peut déterminer ces altérations sans y être aidée par la collaboration banale des excès, du tabac, du refroidissement. Autant dire qu'il n'y a point, en dehors des infections locales bien caractérisées, de pharyngite chronique sans goutte. Aussi, pour soutenir cette conception par trop vaste, a-t-on cherché à trouver la signature de la goutte dans ces bouches suspectes. Boucheron (1), à l'aide d'une réaction spéciale de la murexide, appuie son diagnostic sur la présence de l'acide urique dans la salive. Allen Harrison (2) affirme que les dents épaisses, crénelées, jaunes, appartiennent exclusivement aux sujets goutteux. Or, en admettant même que ces signes permissent, en dehors de tout tophus et de toute arthropathie caractéristique, d'affirmer que le sujet est en puissance de goutte, on peut encore dire, avec Morell-Mackenzie, que cela ne prouve pas encore que la lésion de la gorge soit sûrement sous cette influence, attendu que tout ce qui survient chez un goutteux n'est pas nécessairement goutteux. Faute de faire ces réserves, on peut être amené comme Rendu (3) à penser que l'amygdalite phlegmoneuse est fonction de la goutte : « Un autre genre d'angine relativement fréquente, dit-il, et qui, peut-être, a quelque affinité avec la goutte, est l'amygdalite aiguë phlegmoneuse, affection singulière à marche cyclique, qui chez certaines personnes revient avec la régularité d'une crise diathésique. » Et Rendu base cette assimilation hardie sur le cas d'une dame sujette à chaque printemps à des amygdalites phlegmoneuses, et chez qui celles-ci disparurent, pour être remplacées plus tard par des coliques hépatiques. Ce qui, d'ailleurs, oblige cet auteur à reconnaître « que les manifestations goutteuses de la gorge sont mal définies, discutables, et ne doivent être acceptées qu'avec beaucoup de réserve. »

Si donc on se contente, pour affirmer la nature goutteuse

(1) Boucheron. — De la présence de l'acide urique dans la salive dans les affections uricémiques de la gorge, *Revue hebd. de Laryngol.*, 10 oct. 1896.

(2) Allen Harrison. — On gouty sore-throat. *Med. news.*, 16 juin 1881.

(3) H. Rendu. — Art. Goutte, *in Dictionn. encyclop. des Sciences méd.* tome X, page 88.

d'une angine de type et d'étiologie quelconques, de constater qu'elle survient chez un sujet goutteux, on arrivera à une confusion nosologique qui justifiera le scepticisme.

2° Goutte probable de la gorge, c'est-à-dire maux de gorge ayant cédé à un traitement anti-goutteux.

Des faits de cet ordre sont rapportés par Morell-Mackenzie. Laryngologiste éminent, exerçant dans le milieu éminemment goutteux de l'aristocratie anglaise, il tirait de cette situation une compétence indiscutable dans le sujet qui nous occupe.

Or, voici, par exemple, des cas où l'influence de la goutte lui semble ne pouvoir pas être rejetée.

(*Cas 2*, de son mémoire). — Inflammation chronique du pharynx, avec épaississement de la luette et des piliers, chez un goutteux. Tous les traitements locaux, les applications astringentes, l'amputation de la luette restent sans effet. En désespoir de cause, on se borne à donner des préparations de colchique. La guérison est obtenue en six semaines.

(*Cas 4*). — Ulcération fongueuse chronique de la bande ventrilaire supérieure gauche. Le traitement antisyphilitique restant sans effet, on diagnostique un cancer, et on propose l'extirpation totale du larynx. Le malade préfère une saison aux eaux de Wiesbaden. Six semaines après, son larynx est redevenu absolument normal.

De tels cas sont malheureusement très rares : ils restent à l'état de simples curiosités, attendu que leur polymorphisme n'autorise aucun diagnostic ferme, et que la thérapeutique quasi-spécifique, qui les guérit, est une pure trouvaille de hasard. Ils ne peuvent aucunement servir à établir un type d'angine goutteuse.

3° Goutte évidente de la gorge, c'est-à-dire maux de gorge alternant avec des accès typiques de goutte.

Ces cas ne laissent place à aucune hésitation. La métastase caractéristique sur le gros orteil signe leur diagnostic. Tel le fait bien net, que nous rapportons plus haut. La littérature en possède quelques-uns de non moins évidents.

Morell-Mackenzie ([1]). — Œdème aigu de la luette, avec menace de suffocation : brusque disparition au moment où paraît une attaque de goutte sur le gros orteil droit. Trois jours après, le pied se dégage : la gorge est reprise.

Leclerc ([2]). — Refroidissement chez un goutteux : angine aiguë. Fièvre vive. Gorge très rouge, amygdales tuméfiées. Deux jours après, enrouement, dyspnée. Au cours de la troisième nuit, accès de goutte au gros orteil : le lendemain matin, la fièvre a cessé, tous les symptômes angineux ont disparu.

Lecorché. — Goutteux qui commençait souvent ses accès par un violent mal de gorge.

Waton ([3]). — Huit jours après un accès de goutte, angine brusque et violente. Gonflement de toute la gorge, voile et amygdales. Dyspnée croissante, traitement local absolument inefficace. Au bout d'une semaine, la malade est réveillée une nuit par un violent accès de goutte sur l'orteil gauche : en quelques heures, la gorge redevient absolument nette.

Halfort ([4]). — Amygdalite aiguë, qui brusquement avorte au moment où commence un accès type de goutte.

D'autres cas ont été publiés, qui entraînent moins la conviction. Tel est celui de Ritter ([5]), qui paraît plutôt être la localisation pharyngée d'une infection polyarticulaire mal déterminée, et mérite de rentrer dans le cadre flou de l'angine rhumatismale de Lasègue.

Le fait rapporté par Danziger ([6]) réclame, en raison de sa bizarrerie, une mention plus longue.

Homme vigoureux. A 28 ans, angine aiguë : la nuit suivante, accès de goutte typique au gros orteil. Angine et arthrite persistent deux semaines et disparaissent en même temps. A 33 ans,

([1]) Morell-Mackenzie. — *Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée*, Paris, 1882, page 71.

([2]) Leclerc. — De l'angine goutteuse. *Normandie médicale*, 15 décembre 1898.

([3]) A. Waton. — A propos de la goutte de la gorge. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*.

([4]) Cité par Duckworth. — *Traité de la goutte*, Paris, 1892.

([5]) Ritter. — *Wurttem. Correspond. Blatt.*, n° 39, 1863.

([6]) Danziger. — Ueber Angina urica. *Monatschrift fur Ohrenheilk*, 1885, n° 1, page 14.

accès de goutte et angine simultanés, qui ne durent que trois jours. A 38 ans, simultanément, violente angine, violent accès de goutte : l'amygdale droite suppure. Saison à Teplitz, qui procure une accalmie de trois ans. A 41 ans, nouvelle angine intense, immédiatement suivie d'un grand accès de goutte : cette fois le traitement reste sans effet. Au bout d'un mois, il se fait un abcès péri-amygdalien gauche, qui nécessite une incision du pilier antérieur. Dès lors, guérison rapide de la gorge et du pied.

Tous ces cas ont ceci de commun, que le diagnostic d'angine goutteuse ne put être fait que quand apparut la fluxion caractéristique de l'orteil : c'est dire qu'aucun signe local ne permet de reconnaître sûrement la goutte du pharynx.

Cependant, ces manifestations goutteuses vraies affectent un type assez uniforme. Elles se caractérisent :

1° Par leur début brusque, leur évolution aiguë, leur disparition instantanée ;

2° Par une fièvre vive, avec atteinte profonde portée d'emblée à l'état général ;

3° Par la douleur locale excessivement intense, presque hors de proportion avec les lésions apparentes de la gorge ;

4° Par la tendance à la diffusion de l'inflammation qui s'étend à tout le pharynx, et assez volontiers descend à l'entrée du larynx, à l'inverse des angines banales, qui habituellement se cantonnent entre les deux piliers.

5° Par le caractère essentiellement fluxionnaire des lésions, qui donne à la gorge une couleur rouge sombre et un aspect œdémateux, gonflent les piliers, épaississent le voile, allongent la luette, tuméfient la paroi postérieure du pharynx ;

6° Par l'absence constante d'exsudat ;

7° Par l'intégrité habituelle des ganglions angulo-maxillaires.

On pourrait aussi ajouter que l'angine goutteuse ne suppure pas, partageant ce caractère de famille goutteuse avec les fluxions articulaires des orteils. Le cas de Danziger est le seul qui semble contredire cette assertion : mais, à vrai dire, la suppuration péri-amygdalienne n'apparut chez son malade qu'au bout de dix ans, alors qu'à la suite d'angines répétées, une

infection secondaire chronique des poches préamygdaliennes avait eu le temps de s'établir.

Dans le cas que nous rapportons, la prédominance unilatérale de l'angine était tellement nette, que le diagnostic d'un abcès péri-amygdalien antérieur ne pouvait pas ne pas s'imposer : erreur que nous aurions pu cependant éviter, en tenant compte de l'absence totale de trismus, attendu que jamais ce signe, à un degré plus ou moins grand, ne manque dans les suppurations péri-amygdaliennes ; et son absence signifie absence de pus.

*
* *

Il existe donc réellement une goutte aiguë de la gorge, évoluant aux mêmes allures que la goutte banale des orteils ; et cette forme d'angine ne doit pas être perdue de vue. Il y faut songer dans la seconde moitié de la vie, quand, sans cause, paraît une violente pharyngite douloureuse, fluxionnaire et diffuse, non suppurée, non exsudative, surtout chez les candidats à la goutte ; et ne pas oublier que si l'angoisse pharyngée devient insupportable, le colchique administré à point peut amener un réel soulagement, et peut-être même entraver les préparatifs d'une trachéotomie, qui plus d'une fois a paru imminente.

IV

UN CAS DE THROMBO-PHLÉBITE DU SINUS LATÉRAL DROIT OPÉRATION. MORT

Par le Dr **Francis FURET**.

Bien que les observations de thrombo-phlébite du sinus latéral se soient multipliées en ces dernières années, — et en particulier celles où la guérison a suivi l'intervention chirurgicale, — il nous a semblé qu'il ne serait pas sans intérêt de publier le cas suivant, qui montre une fois de plus combien il est difficile de diagnostiquer la phlébite sinusienne chez un malade atteint d'otite suppurée, présentant des symptômes de complication intra-crânienne.

OBSERVATION. — Mme D., 33 ans, m'est adressée le 4 novembre 1901 par mon ami le Dr Garsaux, avec les renseignements suivants : femme robuste, sans passé pathologique digne de remarque, à part un ozène vrai bilatéral pour lequel elle fut longtemps soignée dans son enfance et qui ne donne lieu actuellement à aucune fétidité. Dans la nuit du 14 octobre, elle est éveillée subitement par une douleur intense dans l'oreille droite, douleur qui persista pendant près de deux jours et se termina par un écoulement purulent, d'abord assez abondant. Pendant une quinzaine de jours, la malade fut simplement soignée par des lavages ; puis l'écoulement cessa et les douleurs reparurent aussi violentes dans l'oreille en même temps qu'il survenait une céphalalgie très vive. L'état général devenait bientôt inquiétant et c'est alors qu'on conduisit la malade au docteur Garsaux, qui me l'adressa. Dans les jours qui précédèrent sa visite chez moi, la situation ne fit que s'aggraver ; le sommeil fut mauvais, entrecoupé de cauchemars, l'appétit diminua considérablement, enfin de nouveaux symptômes,

d'une gravité indiscutable, se manifestèrent : fièvre, vomissements, constipation. Lorsque je vis Mme D., je fus tout de suite frappé par son aspect las et hébété et par la lenteur de sa démarche et de ses gestes. Elle est pâle ; ses yeux, profondément excavés, regardent dans le vide, sans fixer. A mes questions elle répond lentement et par monosyllabes, sans chercher à me donner d'elle-même aucun éclaircissement complémentaire sur son état. Elle se plaint surtout du mal de tête, bien limité à la région occipitale, et exaspéré par les mouvements. Les vomissements ont cessé depuis deux jours; il y a toujours de la constipation. Ni vertiges, ni frissons, le pouls est à 72, la température R. donne 37,8.

A l'examen, je constate que l'apophyse n'est ni gonflée, ni douloureuse ; la peau y est souple et de couleur normale ; rien non plus du côté du cou. Par contre, la région temporale et la région occipitale sont sensibles toutes deux à la pression, et la percussion à ce niveau provoque une douleur assez vive et profonde. Du côté des yeux, je ne trouve rien d'apparent, pas de strabisme, pas de myosis, pas d'inégalité pupillaire ; la malade accuse seulement une difficulté et une gène réelles à fixer les objets. En regardant l'oreille droite, je crus un moment avoir trouvé la cause de tous les accidents. Je vis, en effet, au fond du conduit très large et intact, un tympan jaunâtre, sans triangle lumineux, avec un relief peu marqué de l'apophyse et du manche du marteau, et manifestement bombé dans toute la moitié postérieure. Séance tenante, je pratiquai une large paracentèse, mais, au lieu de la suppuration franche que je m'attendais à voir apparaître, j'obtins seulement un mélange de sang et de sérosité. Ce résultat négatif, en m'enlevant tout espoir d'une simple rétention purulente dans la caisse, m'affermit dans ma première idée de complication intra-crânienne d'origine otique, abcès sous-dural ou méningite suppurée de la base. L'absence de frissons et de grandes oscillations thermiques m'empêcha de songer à la possibilité d'une phlébite sinusienne. J'eus le tort de ne pas proposer une intervention immédiate et je perdis ainsi quelques jours dans une expectative malheureuse.

6 novembre. — L'état est sensiblement le même. Le T. R. oscille entre 37,8 et 38,2. Le sommeil est mauvais, l'appétit presque nul, la malade se nourrit seulement de lait et de champagne, pris en petite quantité. Il y a eu deux vomissements alimentaires.

8 novembre. — La température s'est élevée à 39,5. Le pouls est à 90. La céphalalgie, toujours très violente, est maintenant plus frontale qu'occipitale. La malade ne s'est pas levée depuis deux

jours, elle est somnolente, abattue et ressemble à une typhique à la période d'état. L'examen complet des organes et des urines ne donne aucune indication.

10 novembre. — Pressé par la famille et ayant constaté une légère douleur apophysaire, je me décide à intervenir, avec l'espoir de trouver une collection sous-duremérienne. Aidé de mes amis, les docteurs Sarremone, Veillard et Weissmann, dont les conseils me furent très précieux, je fis l'évidement classique sans rien rencontrer d'abord de suspect : l'antre est petit, sans granulations et sans pus ; rien non plus du côté de l'aditus et de la caisse ; un examen attentif du toit ne permet de constater aucune fêlure, aucune lésion à son niveau. En explorant méthodiquement les limites de l'apophyse, je suis amené en arrière sur un point moins résistant où la curette s'enfonce ; je poursuis de ce côté et je vois poindre presqu'aussitôt quelques gouttes de pus, en même temps que je découvrais le sinus *de couleur et de consistance normales, animé de battements réguliers.* J'agrandis un peu en haut et en bas la brèche sinusienne, mais, ne rencontrant pas d'autre suppuration, et satisfait en somme d'avoir ouvert un abcès périsinusal, je terminai l'opération en laissant un pansement humide sur toute la région.

L'après-midi fut excellente ; la malade n'a ni vomi ni souffert ; elle-même se trouve beaucoup mieux et répond à nos questions avec bien plus d'animation et d'entrain. T. R. 38,7.

11 novembre. — L'amélioration n'a pas duré. La nuit a été très agitée. Au matin T. R. 38,9. Douleur frontale très violente. Vers midi, la malade commence à parler d'une manière inintelligible. Ce n'est pas de l'aphasie, c'est un bredouillage confus où l'on reconnaît difficilement quelques mots. A cinq heures, T. R. 40,2. Pouls 70.

12 novembre. — La nuit a été meilleure, la parole est redevenue normale. T. R. 37,7. Pouls 70. Dans l'après-midi, la situation s'aggrave : la malade se plaint à plusieurs reprises d'une extrême lassitude ; elle est très agitée cependant, elle s'asseoit et se recouche continuellement dans son lit ; peu à peu, elle tombe dans un demi-coma.

C'est à ce moment que mon ami, le Dr Valude, vint sur ma demande l'examiner au point de vue oculaire. Il constate du my[illegible]s et une hyperhémie limitée de la papille à droite, en somme [illegible]n commencement de névrite optique de ce côté.

En présence de cette situation, je crois devoir faire une n[illegible]velle tentative et explorer d'une manière plus complète le si[illegible]s

latéral ; le même jour, à cinq heures après-midi, la malade est chloroformée une seconde fois. Il n'y a pas de pus dans le pansement. Je m'attache à découvrir le sinus latéral sur une large étendue, et, m'aidant de la gouge et de la pince à os, j'obtiens une brèche de 4 centimètres de hauteur environ, au fond de laquelle on voit le sinus battre régulièrement. Malgré que son aspect soit normal, je le ponctionne avec la pointe du bistouri, tout prêt à arrêter l'hémorrhagie au cas où elle se produirait. Pas de grand jet. Il sort en bavant du sang noir *mélangé de pus*. Le vaisseau est alors fendu dans toute sa hauteur, et je m'applique à rechercher le caillot, dont l'existence ne fait pas doute, étant donné le pus et le peu de vigueur du courant sanguin. La brèche osseuse est encore agrandie en haut et en bas, surtout en haut jusqu'au coude, mais, malgré tous mes efforts, je ne parviens pas à atteindre le caillot. Je reviens alors au point où l'avant-veille nous avions trouvé le pus, et je tombe là au niveau du sillon sigmoïde, sur un vaste foyer d'ostéite que je peux enlever complètement à la curette. La cavité du sinus est bourrée à la gaze et on appliqua sur le tout un pansement humide.

La jugulaire n'a pas été liée.

13 novembre. — Agitation, somnolence, délire, coma. T. R. 37,5 et 38,9. P. 90.

14 novembre. — Mort dans le coma à six heures du matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

*
* *

Comme on peut le voir, le diagnostic de thrombo-phlébite était loin de s'imposer : il n'y avait aucun signe de septico-pyohémie, ni grandes oscillations thermiques, ni frissons, ni métastases. La fièvre était modérée, continue, de 37,8 à 39,5 ; la mastoïde à peine douloureuse à la pression, la veille seulement de notre première opération. Il n'y avait pas davantage de signes cervico-thoraciques, ni torticolis, ni raideur de la nuque, les vaisseaux du cou étaient absolument normaux. Les symptômes que présentait la malade, céphalalgie, vomissements, constipation, dépression psychique, etc., sont ceux de toute complication intra-crânienne. On peut en dire autant de la névrite optique. J'ajoute encore que le début des accidents au cours d'une otite récente plaidait surtout en fa-

veur d'un abcès sous-dural ou d'une inflammation méningée, car on sait que la thrombo-phlébite s'observe plutôt avec les vieilles otorrhées et qu'elle est même exceptionnelle au cours des otites aiguës. Pour augmenter encore la difficulté du diagnostic, le sinus se montrait, au moment de l'opération, de coloration et de consistance normales et ses battements étaient parfaitement réguliers.

A vrai dire, nous ne pensons pas qu'une intervention plus prompte ou plus complète ait pu empêcher le dénouement fatal. Notre avis, en effet, est que l'abcès périsinusal et la thrombo-phlébite n'ont pas été les seules lésions encéphaliques, et que la marche rapide des accidents, sans septicopyohémie, doit être attribuée à la coexistence d'une méningite suppurée. L'autopsie n'ayant pu être pratiquée, nous n'en avons malheureusement aucune preuve. C'est en tous cas une hypothèse qui n'est pas sans fondement, car tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la thrombo-phlébite des sinus peut s'accompagner d'abcès cérébraux et cérébelleux et de méningites.

V

RECHERCHES SUR LA BACTÉRIOLOGIE DES OTITES MOYENNES AIGUES (1)

Par le Dr Henry COUSSIEU (de Brive).

Le sujet de cette étude n'est pas nouveau, mais la fréquence des otites moyennes est si grande que le lecteur nous pardonnera sans doute d'attirer son attention sur la plus sérieuse sans contredit des maladies de l'oreille.

Le mot ne paraîtra pas excessif si l'on veut bien songer que l'on meurt fréquemment des suites d'une « otorrhée », que toujours l'ouïe est diminuée, souvent fort compromise.

Nous n'avons pas eu la prétention d'étudier à fond la flore de l'oreille, on trouve dans tous les Traités de Bactériologie la liste des espèces microbiennes rencontrées dans cet organe. Nous avons soumis à l'analyse bactériologique le liquide recueilli dans la caisse de quelques malades atteints d'otite moyenne aiguë, nous avons choisi ceux qui se présentaient dans le service de notre maître, M. le Dr Lermoyez, avec un tympan imperforé.

Malgré le petit nombre de nos observations nous demandons au lecteur la permission de lui résumer les résultats de nos recherches et de lui faire connaître notre technique.

De nombreux travaux ont déjà établi que les otites chroniques, désespérantes par leur ténacité, sont presque toujours pour ne pas dire toujours dues à des associations micro-

(1) Travail du laboratoire de M. le Dr Lermoyez à la clinique des maladies des oreilles, du nez et de la gorge à l'hôpital Saint Antoine.

biennes. D'une semaine à l'autre, sur le même sujet, ces associations se modifient en nombre et en espèces. Les travaux de MM. Lermoyez et Helme ont établi que le staphylocoque, surtout le staphylocoque blanc, est l'hôte habituel des vieilles suppurations d'oreille. On trouve plus rarement ce microbe au début d'une otite. Des recherches entreprises dans les tous premiers jours de cette maladie tendraient à faire admettre que l'otite moyenne aiguë est généralement provoquée par une seule espèce microbienne. Il y aurait des otites à pneumocoques, à streptocoques, à staphylocoques, etc. D'après Politzer le rôle du staphylocoque ne serait pas nettement défini.

Pour établir la fréquence relative de ces différents microbes, il faudrait entreprendre de nouvelles recherches. La découverte de l'agent spécifique de la rougeole, de la scarlatine, de la variole jettera peut-être un jour nouveau sur la pathogénie des otites qui compliquent souvent ces maladies. Comme on le voit, la question est loin d'être épuisée, la divergence des résultats paraît s'expliquer par des différences de technique. Aussi avons-nous appliqué la même méthode de recherche à tous nos malades.

Dans nos expériences nous avons cherché à nous rapprocher le plus possible du début de l'otite, à surprendre en quelque sorte le coupable en flagrant délit. Pour écarter autant que possible les causes d'erreur, nous avons essayé de réaliser l'asepsie du tympan et du conduit et par surcroît de précaution nous avons évité le contact du liquide de la caisse avec les parois du conduit.

Après nous être assurés que le tympan ne présente aucune perforation, nous faisons coucher le malade sur l'oreille saine et nous remplissons le conduit avec un mélange à parties égales d'alcool à 90° et d'éther. La durée du bain est de dix minutes environ. Si la peau du conduit n'a pas été irritée par des soins mieux intentionnés qu'éclairés, le bain n'est pas douloureux. Dans le cas d'otite externe, il provoque une vive cuisson qui se calme au bout d'une ou deux minutes. Le conduit est ensuite lavé avec une solution chaude d'oxycyanure de mercure à 2 $^{1}/_{000}$. Un courant d'eau chaude stérilisée enlève les der-

nières traces d'antiseptique. Nous donnons un nouveau bain de dix minutes avec l'alcool et l'éther, et nous essuyons soigneusement le conduit avec des tampons d'ouate stérilisée au four Pasteur pendant une heure à 180°. Le séchage du conduit est très important, toute trace d'antiseptique pouvant sûrement empêcher le développement de certaines colonies. C'est même pour cette raison que nous avons renoncé à anesthésier le tympan.

Notre malade était couché sur la table d'opération. Comme nous l'a très justement fait remarquer notre maître, M. le Dr Lermoyez, la douleur à la ponction dans cette attitude paraît diminuée. En outre, l'immobilisation de la tête est beaucoup plus facile et la syncope n'est pas à redouter.

Nous devions d'abord nous demander si nous avions obtenu une asepsie suffisante du conduit. Pour nous en rendre compte, nous avons pratiqué pour six de nos malades les expériences suivantes :

1° Un tampon de coton stérilisé essuie le tympan et sert à semer un tube de gélose.

2° Un fil de platine préalablement rougi sur la flamme et suffisamment refroidi est promené sur les parois du conduit et sert à ensemencer par stries deux tubes de gélose. Neuf tubes sur douze sont restés stériles après trois jours de passage à l'étuve à 37°. Les trois autres nous ont donné quelques colonies peu abondantes.

Le malade étant couché sur la table d'opération, nous avons, pour ponctionner nos tympans, employé l'un des deux instruments suivants.

1° Un petit aspirateur.

2° Une simple pipette de laboratoire stérilisée au four Pasteur.

L'aspirateur était d'un maniement compliqué, aussi lui avons-nous bientôt substitué la pipette de verre. Nos aides et nous-même avions acquis une habitude suffisante pour ne pas craindre de casser l'extrémité de notre pipette dans la caisse. L'aspiration était alors faite à la bouche.

Un gros tube de verre bouché avec de l'ouate renfermait, en outre, deux spéculums de Toynbee, un moyen et un gros,

une pince à pansement dite pince en baïonnette. Ces tubes étaient stérilisés à l'autoclave à 120° pendant une demi-heure.

L'examen direct et l'ensemencement étaient pratiqués aussitôt après le prélèvement du pus.

Le liquide recueilli variait comme quantité de quelques gouttes à 3/4 de centimètre cube. C'était tantôt un liquide légèrement trouble, presque toujours teinté d'un peu de sang ; quelquefois franchement purulent, mais nous n'avons presque jamais trouvé ce liquide épais qui souille les pansements dans les otites ouvertes. Nous avons toujours pratiqué la ponction précoce, c'est là sans doute la cause de cette différence.

Après la ponction, un simple tampon d'ouate stérilisée était placé au fond du conduit et laissé en place jusqu'au lendemain.

Notre liquide était réparti de la façon suivante : nous avions soin de rejeter les premières gouttes de liquide et de verser presque tout le contenu de la pipette dans un tube de bouillon. Ce bouillon était agité jusqu'à répartition aussi égale que possible de toute la masse. Avec cette dilution mère nous ensemencions :

Des tubes de gélose peptonisée et des tubes de gélose glycosée.

Des tubes de bouillon.

Nous recherchions des anaérobies.

Pour isoler les colonies on trempait un fil de platine stérilisé dans le bouillon et on faisait des stries dans trois tubes de gélose sans recharger le fil.

Pour semer les bouillons on prenait dans une pipette quelques gouttes de bouillon mère et on versait dans plusieurs tubes de bouillon, une, deux, trois, quatre gouttes, etc., de cette solution.

Un tube de bouillon semé avec une certaine quantité de la solution mère, dix gouttes en général, était préparé en anaérobie.

Les dernières gouttes de liquide étaient réservées pour l'examen direct qui comprenait au moins deux lames, l'une était colorée simplement au violet de gentiane, l'autre, traitée par la méthode de Gram, était colorée ensuite avec de la fuschine acide.

Nous avons attaché une très grande importance à l'examen direct ; seul, en effet, il pouvait nous faire connaître si le pus renfermait des cocci ou des bacilles ou une association microbienne, il nous permettait en outre de dépister les infections surajoutées toujours possibles quand on manipule de nombreux tubes de culture.

Pratiquement nous avons cru devoir, pour chacun de nos malades, semer :

1° Une pipette de sérum-bouillon pour rechercher le streptocoque.

2° Un tube de sérum de lapin pour le pneumocoque.

Nous n'avons pas ensemencé sur pomme de terre avant de nous être assurés que nous avions affaire à des staphylocoques.

Nous avons employé des formules identiques pour tous nos milieux.

Les douze cas que nous avons analysés se répartissent ainsi :

Streptocoque pur, 2 cas.

Staphylocoque pur, 3 cas.

Pneumocoque pur, 2 cas.

Associations microbiennes, 5 cas.

Dans ces associations microbiennes nous avons isolé des staphylocoques et différents bacilles.

Ces bacilles nous ont paru être des saprophytes; leur forme, l'aspect des cultures nous permettent, croyons-nous, de les ranger dans les groupes mésentéricus ou thyrotrix.

Nous n'avons pas poussé plus loin la détermination de leurs caractères. Il est possible que nous ayions pris à l'examen bactériologique des bacilles pathogènes pour des saprophytes.

Le fait important à considérer nous a paru être le suivant :

Chez six malades, l'otite n'a pas évolué, le tympan s'est refermé après la ponction.

Chez les six autres, il a fallu recourir à la paracentèse, le lendemain ou peu de jours après la ponction.

Les six premiers malades avaient des otites monomicrobiennes.

Sur les six autres, un seul, un vieillard de 64 ans, porteur d'une otite à staphylocoque pur, a suppuré pendant plusieurs semaines.

Les cinq autres avaient tous des otites polymicrobiennes.

Tous avaient des otites à staphylocoques.

Tous présentaient des tares organiques auxquelles s'ajoutaient des lésions du nez et du pharynx.

Deux autres étaient diabétiques.

Le premier avait eu quelques jours auparavant une suppuration de l'oreille, son tympan, après s'être rompu, s'était refermé et ne présentait pas de perforation au moment où nous avons pratiqué l'aspiration.

Le second avait un diabète grave et une sinusite maxillaire du même côté.

Deux autres étaient ozéneux, l'un avait un ozène ancien et une syphilis, avec accidents tertiaires du nez, postérieure à l'ozène.

Enfin, l'examen direct avait révélé, chez le dernier, la présence des bacilles associés à des cocci, les cultures nous ont montré que ces cocci étaient des staphylocoques.

La cause déterminante de ces otites est, sans aucun doute, le ou les microbes que nous avons réussi à isoler.

Les causes occasionnelles et prédisposantes semblent être liées à un état local du pharynx et à des circonstances extérieures. Pour arriver à préciser ces causes, il faut étudier la bactériologie de la trompe à l'état normal et pathologique.

Nous avons commencé des recherches dans ce but.

Nos résultats sont incomplets, aussi ne pouvons-nous les publier encore. Nous croyons pouvoir cependant tirer de notre travail les quelques conclusions suivantes :

I. — L'otite moyenne aiguë survenant en dehors d'une maladie infectieuse à microbe inconnu (scarlatine, rougeole, etc.), est généralement monomicrobienne à son début.

II. — Elle est causée par :

Le pneumocoque.
Le streptocoque.
Le staphylocoque.

(Nous n'avons pas rencontré le bacille de Friedländer, nous ne nions pas son existence pour cela).

III. — En général l'otite monomicrobienne ne suppure pas ou suppure pendant peu de temps.

IV. — Lorsqu'on trouve au début d'une otite moyenne plusieurs microbes associés : microbes pathogènes ou microbes pathogènes et saprophytes, l'otite tend vers la chronicité.

V. — Les tares organiques prédisposent aux infections secondaires, qui sont fréquemment causées par des affections catarrhales du nez et du pharynx.

VI. — L'infection secondaire peut aussi venir du conduit.

VII. — Le moyen le plus sûr d'éviter ces infections et par conséquent d'abréger la durée d'une otite, consiste à observer une asepsie rigoureuse dans les pansements, à réaliser une asepsie aussi complète que possible du nez et du pharynx par l'emploi de pommades à la résorcine ou à l'acide borique et au menthol.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

—

Mayer. — *Muller's Archiv.*, 1844.
Vignal. — *Archives de physiologie*, 1886.
Netter. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1888.
Zaufal. — *Prager med. Wochenschrift*, 1888.
Netter. — Société de biologie, avril 1889.
Rohrer. — Congrès d'otologie, 1889.
Zaufal. — *Prager med. Wochenschrift*, n°s 6, 12, 15, 1887.
Chantemesse. — *Gazette hebdomadaire de médecine*, 8 mars 1890.
Moos. — *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, B, X.
Dubreuilh. — Des moisissures parasitaires de l'homme (*Archives méd. expér.*, mai et juin 1891).
Martha. — *Archives de méd. expér.*, 1892.
Netter. — Société médicale des hôpitaux, 5 février 1892.
Lermoyez et Helme. — Les staphylococques et l'otorrhée (*Annales des maladies de l'oreille*, 1895.
Pes et Gradenigo. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1895.
Nadoleczny. — *Archiv. für Ohrenheilkunde*, XLVIII, B.
Leutert. — *Archiv. für Ohrenheilkunde*, XLVI, B.
Macé. — *Traité de bactériologie*, 1901.
Rist. — Thèse de Paris, 1898.

MARTHA. — Les microbes de l'oreille, 1892.
BIONDI. — Die Pathogenen microorganismen des Sputums (*Zeitschrift für hygiena*, 1887).
FRAENKEL. — Bacteriologische Untersuchungen (*Z. f. Kl. Medizin*. X et XI).
PASTEUR. — Note sur une maladie nouvelle provoquée par la salive d'un enfant mort de la rage (*Bulletin de l'Académie de méd.*, 1881).
PINS. — Beitrag zur aetiologie der Mittelohraffectionnen im Kindesalter Jahrbuch fur Kinderheilkunde, XXVI, 1887.
NETTER. — De la pleurésie purulente à pneumococques sans pneumonie (*Bull. Soc. anat.*, juillet 1887).
FRAENKEL et SIMMONS. — Die aetiologische Bedeutung des Typhus bacillus, 1886.
ROHRER. — *Archiv. f. Ohrenheilkunde*, XXV, 1887.
NETTER. — Présence du microorganisme de la pneumonie dans la bouche des sujets sains (*Bulletin médical*, 1er mai 1887).
— Du microbe de la pneumonie dans la salive (Société de biologie, 29 novembre 1887).
— Note sur 1 cas de méningite suppurée à pneumocoques compliquant une tumeur cérébrale (*Société anatomique*, février 1888).
THOST. — Pneumoniekoken in der Nase. (*Deutsche med. Woch*). Uber den zusammenhang zwischen Nasen und Lungenkrankeiten (*idem*, 1887).
FRAENKEL. — Angina lacunaris und diphterica (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887).
E. FRAENKEL. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1887.
VIGNAL. — Recherches sur les microorganismes de la bouche (*Archives de physiologie*, 1886).
NETTER. — Du streptocoque pyogène dans la salive des sujets sains. (Société de biologie, 21 juillet 1888).
ZAUFAL — Der ecterbildende Kettencokkus bei Otitis media (*Prager med. Wochenschrift*, mai 1888).
LOEWENBERG. — *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1881.
DUNIN. — Uber die Ursache eitriger Entzündungen und Venen throtubosen im Verlaufe der abdominal Typhus. D. (*Archiv. f. klinische Medizin*, 1888).
MOOS. — Pilz Invasion des Labyrinths bei Diphterie 1887, bei Mazern 1888 (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*).
ROSENBACH. — U. Mikroorganismen bei den Wund infections krankheiten der Menschens, 1884.
KRAUSE. — U. die acute eitrige Synovitis bei kleinen Kindern (*Berliner klinische Wochenschrift*, 27 octobre 1884).
FRAENKEL. — Weitere Beitrage zur Lehre von der Mikrokokken der genuiner fibrinosen Pneumonie (*J. of. K. M.*, 1888).
NETTER. — Méningite due au pneumocoque (*Arch. gén. de méd.*, 1887).
FRAENKEL. — Bacteriologische Untersuchungen (*Z. f. klin. Medizin*, 188[illegible] X et XI).
NETTER. — Méningite due au pneumocoque (*Archives gén. de méd.*, 1887, *fig.* 3. Otite puriforme au cours d'une pneumonie franche.
ZAUFAL. — Mikrokokken in Secrete bei Otiis media (*Prager med. Wochenschrift*, 1888, n° 27).
NETTER. — Du microbe de la pneumonie dans la salive des sujets sain

Société de biologie, nov. 1887). Méningite due au pneumocoque (*Arch. de méd.*, 1887).
— Note sur 1 cas de méningite suppurée à pneumocoques compliquant une tumeur cérébrale (*Société anatomique*, 1888).
— Du microbe de Friedlaender dans la salive et des réserves qu'il convient de faire au sujet de son influence pathogène chez l'homme au moins dans le cas de pneumonie (Société de biologie, 24 déc. 1887).
— Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës (*Annale. des maladies. de l'oreille*, oct. 1888).

Chatellier. — Société anatomique, nov. 1888.

Kanthack. — *Zeitschrift fur Ohrenheilkunde.*

Maggiora et Gradenigo. — *Giornale della R. Academie di Medez. di Torino*, juillet-août 1891.

Moos. — Uber die Beziehungen der Mikroorganismen zur den Mittelohrserkrankungen und deren Complicationem.
— *Deutsch med. Wochenschrift*, 1871.

Lannois. — Comptes rendus de la Société française de laryngologie, 1896.

Hajek. — *Berliner klin. Wochenschrift*, 1888.

Leutert. — *Archiv. fur. Ohrenheilkunde*, 1900 et 1901.

Nadoleczny. — *Archiv. fur. Ohrenheilkunde*, 1900.

VI

VERTIGES ET ICTUS LARYNGÉS (10 CAS)

Par **MONCORGÉ** (du Mont-Dore).

J'ai donné aux *Archives de laryngologie et d'otologie* (1896), 3 cas d'ictus laryngés ; à ces *Annales* (février 1900), 19 cas. Voici 10 cas nouveaux, semblables ou à peu près. Les observations exposées, je les ferai suivre de quelques réflexions.

1° M. B..., 60 ans. Pas d'antécédents héréditaires à signaler. En 1889, influenza grave ; depuis, phénomènes asthmatiformes. L'an dernier, congestion pulmonaire double, suivie, pendant la convalescence, d'exagération des symptômes asthmatiques.

Actuellement (juillet 1901), congestion et râles sous-crépitants, fixes, des deux sommets, avant et arrière, surtout à gauche. Le malade tousse et crache beaucoup. Etat général peu satisfaisant. Ni sucre, ni albumine.

En plusieurs fois, a éprouvé, avec un chatouillement au larynx, une toux brève, et une sensation de vertige, d'obnubilation, avec titubation appréciable à lui-même et à sa femme qui en a été témoin. Jamais de chute, ni perte de connaissance.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire post-grippale, pseudo-asthme, vertiges laryngés.

2° M. B..., 52 ans. Laryngite ancienne ; fumeur invétéré. Quelques excès alcooliques. Rhumatisant : sciatique.

Emphysème. — Cordes vocales très rouges, épaisses. Légère parésie de la corde vocale gauche, en phonation.

Il y a quelques jours, après le repas, chatouillement dans la r gion du larynx, toux courte et quinteuse, chute avec perte de co naissance. Tout s'est passé très rapidement.

3° M. D .., 51 ans. Malade depuis huit ans. Au mois de m

dernier, bronchopneumonie du sommet droit. Grand fumeur ; souvent quinze à dix-huit cigares par jour.

Actuellement, congestion du sommet droit, avant et arrière. Légère congestion du sommet gauche, en avant. (Les crachats, analysés depuis la saison thermale, ont révélé le bacille de Koch et de nombreux pneumocoques.)

Cordes vocales légèrement roses. Il y a trois ans, étant en voiture et fumant un cigare, a éprouvé un ictus laryngé classique.

4° M. C..., 36 ans. 100 kilogrammes. Sœur tuberculeuse. A été réformé pour laryngite suspecte. Il y a deux ans, pleurésie droite. Depuis un mois et demi, phénomènes asthmatiques, en six fois, la nuit.

Congestion fixe sous-claviculaire gauche ; frottements à la base droite. Tousse et crache. Laryngite chronique. Bruit de galop. Un peu d'albumine.

A eu quelquefois une toux brève, coqueluchoïde, avec vertige, obnubilation, titubation, besoin de s'appuyer contre une table ou un mur, sous peine de tomber. Mais jamais de chute, ni perte de connaissance.

5° M. F..., 46 ans ; teint coloré. Eczéma, éthylisme, fumeur.

En janvier, bronchite asthmatique, sans fièvre, avec fortes sibilances, qui a duré presque tout le mois de février. Est resté cinquante-trois nuits assis sur son lit. Depuis, a eu six accès d'asthme nocturne, classiques.

En quatre ou cinq fois, chatouillement au larynx, toux brève, vertige, titubation, sans chute, ni perte de connaissance. Emphysème ; cordes vocales rosées.

6° M. B..., 33 ans. Fort, vigoureux ; grand fumeur. Eczéma ; syphilis, il y a quinze ans.

Eternue violemment, le matin et le soir, depuis longtemps : une douzaine de sternutations très spasmodiques. Arthrite rhumatismale de l'épaule droite.

Poumons normaux. Cordes vocales normales ; partie vestibulaire d'un rouge poisseux. Depuis deux ans, a des ictus laryngés fréquents ; chatouillement, toux, chute et perte de connaissance. La toux est convulsive et dure quelque temps ; la figure devient très rouge, et il a lui-même une sensation très nette de congestion violente à la face.

7° M. D..., 40 ans. Père et mère asthmatiques. Bronchite asthmatique, il y a deux ans ; depuis accès d'asthme fréquents. Est resté souvent une dizaine de jours sans pouvoir se coucher. Sensible aux odeurs ; éternuements spasmodiques très faciles.

A pris fréquemment des ictus laryngés en respirant des poudres ou en fumant des cigarettes antiasthmatiques. Ictus classiques. La perte de connaissance est complète, avec tremblement des mains et des membres supérieurs.

8° Dr I..., 42 ans, 92 kilogrammes, 1 m. 80. Antécédents tuberculeux nombreux du côté paternel. Bonne santé jusqu'à l'âge de 22 ans. Depuis, poussées de laryngite probablement tuberculeuse (dysphagie, enrouements), qui se sont beaucoup amendées, mais laissant à leur suite des aphonies faciles, passagères.

Fibro-tuberculose pulmonaire ; tousse et crache beaucoup. Dyspnée facile. Pharyngite chronique ; fumeur.

Sternutations très faciles ; parfois phénomènes asthmatiformes. Rhumatisant : sciatique gauche.

En 1900, a éprouvé un ictus laryngé, avec toux quinteuse, coqueluchoïde, chute, perte de connaissance. Depuis a eu cinq ictus, survenus toujours après le repas et en fumant, étant, en outre, dans un certain état d'oppression. Il y avait pâleur de la face, yeux hagards, perte de connaissance pendant quelques secondes. Pour ces derniers cas, le malade, averti par sa première aventure, et prévenu par la même sensation spéciale de chatouillement s'étendant rapidement en surface et provoquant une quinte de toux violente avec spasme, avait le temps de prendre un point d'appui ou de s'asseoir.

9° M. B..., 54 ans. Asthmatique classique depuis vingt ans. A fait de nombreuses saisons au Mont-Dore.

Vu en août 1901. L'asthme, qui s'était calmé depuis une dizaine d'années, semble se réveiller depuis quelques mois, discrètement d'ailleurs. Le malade me raconte qu'en juin dernier, au moment de se coucher, il avait été pris d'un violent chatouillement à la gorge, avec toux brève, quinteuse, chute brusque de toute sa hauteur et perte de connaissance pendant une minute, dit-il. L'accident avait fort effrayé sa famille et lui-même ; on avait cru à une attaque d'apoplexie.

Huit jours après, à table, au moment de finir son repas, mêmes symptômes et même accident. Il avait lâché sa fourchette, s'était affaissé sur sa chaise, sa tête tombant sur sa poitrine. Il était revenu à lui très rapidement. Depuis, l'accident ne s'est pas reproduit.

10° M. L..., 42 ans. Grand, gros, teint coloré. Fils et petit-fils d'asthmatique ; a lui-même des accès d'asthme depuis une quinzaine d'années, à intervalles assez irréguliers. Fumeur; quelques excès alcooliques.

A eu, il y a trois ans, quatre ictus laryngés dans le cours de l'année : classiques. Cette année, en avril, à la suite d'un accès d'asthme un peu vif, a eu coup sur coup trois ictus dans la même semaine : chatouillement, toux coqueluchoïde à tonalité croissante, chute, perte de connaissance.

Il affirme très nettement avoir eu assez souvent, ces dernières années, avec le même chatouillement, la même toux convulsive, des phénomènes de vertige, d'obnubilation, avec titubation, et sensation d'une chute imminente, mais qui ne se produisait pas. Il en était quitte « pour la peur ».

Ces dix observations, ajoutées aux vingt-deux autres, portent à trente-deux le chiffre de ma statistique personnelle ; part contributive assez importante à la statistique générale, qu'on peut évaluer, à l'heure actuelle, à 120 cas environ. Et je n'ai recherché systématiquement l'ictus laryngé qu'au cours de ces deux dernières saisons thermales. C'est dire que dans ce milieu mont-dorien, un peu spécial et très favorable, il est vrai, ou dans tout autre milieu similaire, on en trouverait à volonté, si on se donnait la peine de le rechercher. Encore une fois, l'ictus laryngé n'est pas rare.

Dans le premier mémoire paru dans ces mêmes *Annales*, je signalais les rapports de l'ictus laryngé et de l'asthme, rapports qu'on retrouve dans ces dix nouvelles observations. Cinq concernent l'asthme essentiel, pneumo-bulbaire ou nasal (5, 6, 7, 9, 10e observ.) ; trois autres ont trait à des tuberculeux avec phénomènes asthmoïdes (1, 4, 8e observ.). Pour expliquer une telle parenté, je disais que l'asthme et l'ictus ont, étiologiquement, des points de contact évidents : la digestion, le rire, certaines odeurs, certaines fumées peuvent provoquer l'un ou l'autre. J'ajoutais que l'asthme créait pour l'ictus des conditions locales favorisantes, en amenant de la congestion pharyngo-laryngée, à la suite de crises longues ou violentes. Enfin, et surtout, j'invoquais des raisons d'ordre général. L'ictus laryngé est un spasme, l'asthme en est un autre, dans le même tractus respiratoire, mais avec une localisation différente. Ils sont trop voisins, trop superposés, trop afférents à un même appareil organique, à un même système physiolo-

gique pour rester complètement indépendants. Les asthmatiques sont en état d'hyper-réflectivité de tout leur arbre aérien, pour ne parler que de ce domaine limité [1]. Hyper-réflectivité nasale (éternuements en séries) ; hyper-réflectivité trachéale (sensation de constriction plus ou moins violente, directe, ou associée à une crise d'asthme) ; hyper-réflectivité broncho-pulmonaire (dyspnée paroxystique). Quoi d'étonnant à ce qu'ils aient de l'hyper-réflectivité laryngienne (ictus, angoisse laryngée) avec manifestation indépendante, ou provoquée par le spasme broncho-pulmonaire, en vertu de la loi de Pflüger, sur la propagation et la généralisation des spasmes. Voilà pourquoi, en présence d'un ictus, il y a lieu *a priori* de songer à l'asthme possible, à cause de la solidarité naturelle qui existe entre les réflexes d'un même appareil organo-physiologique, et, par conséquent, les phénomènes cliniques imposés par l'excitation de ces réflexes.

Enfin, j'estime qu'il faut conserver les deux expressions, *vertige* laryngé et *ictus* laryngé, pour la clarté et la précision du phénomène clinique. Si, au point de vue pathogénique, on peut les confondre et les employer indifféremment l'un pour l'autre, cliniquement, ils répondent à des nuances assez importantes pour qu'on les garde côte à côte et qu'on les emploie à propos. Les observations I et IV sont des *vertiges* ; les autres sont des *ictus*. Tel malade peut avoir, à distance, l'un ou l'autre (10e obs.). Le vertige est un ictus moindre, un ictus qui avorte ou qu'on fait avorter. Les observations X et XIX de mon mémoire (ictus laryngé et asthme) sont très instructives à cet égard, où l'on voit les malades, avertis par des ictus antérieurs, arriver à juguler leurs accès, l'un par arrêt de la respiration avec mouvements de déglutition, l'autre par simple ralentissement de la respiration combinée à une certaine attitude du corps.

Le *vertige* se caractérise par une sensation très spéciale d'obnubilation, avec ou sans titubation appréciable. A la rigueur, on peut le concevoir avec chute, comme dans certains

(1) MONCORGÉ. — De l'exagération des réflexes rotuliens chez les asthmatiques (*Lyon médical*, 12 janvier 1902).

cas de vertige nasal, mais il n'y a pas de perte de connaissance. Dans l'ictus, il y a toujours perte de connaissance et chute, graduelle ou sidérante. Encore faut-il s'entendre, en l'espèce, sur le mot « chute ». Un malade assis, qui, perdant connaissance, s'affaisse sur le bras de son fauteuil ou sur une table placée devant lui, un malade couché, dont la tête se renverse sur l'oreiller, ne *tombent* pas, au sens précis, exact, du mot. Il faut donner à l'expression une acception plus large, et comprendre que toute modification d'attitude *involontaire*, *forcée*, *avec inconscience*, est chute ou « équivalence de chute ». Et si l'on peut admettre un vertige laryngé simple, avec chute, on peut avoir un ictus vrai, dans la station debout. Un asthmatique, que j'ai eu l'occasion d'examiner à l'hospice du Mont-Dore, et qui prenait de fréquents ictus de jour et de nuit pour lesquels il savait parfaitement s'analyser, perdait quelquefois connaissance debout, adossé à un mur, quand il avait le temps de s'y appuyer ; la nuit, éprouvant le chatouillement et la toux caractéristiques, il se dressait sur son séant, ou s'accoudait sur le bord du lit, la tête dans sa main ; l'accès passé, il se retrouvait, étendu sur le dos, ou la tête pendante hors du lit.

On peut apprécier maintenant les ressemblances et les différences qui existent entre le vertige et l'ictus ; différences, non de pathogénie, qu'il s'agisse de tabes, d'épilepsie, d'asthme, de tuberculose, etc., etc., mais de symptomatologie. Il en est de l'ictus laryngé comme d'autres affections. Au fur et à mesure qu'il est mieux connu, par la multiplication des cas, ses diverses modalités s'affirment, les nuances se mettent en valeur ; et ce ne sont point là subtilités de langage et inutiles complications de diagnostic, puisqu'on s'appuie sur des réalités cliniques.

VII

DU TRAITEMENT THERMAL, PAR APPLICATIONS LOCALES SUR LE RHINO-PHARYNX

Par le Dr **DEPIERRIS** (de Cauterets)

C'est énoncer une vérité banale que de signaler l'intérêt qu'il y a à soigner et à guérir les affections du nez et du pharynx nasal, non-seulement quand le malade attire l'attention du médecin de ce côté, ce qui est bien évident, mais encore dans certains cas où il vient le consulter pour tout autre mal dont le point de départ peut résider dans une altération organique ou fonctionnelle de ces régions. On connaît, en effet, le rôle important que joue la pathologie nasale dans l'étiologie d'un grand nombre de maladies. Sans exagérer cette importance, au point de justifier la spirituelle boutade rapportée par Lermoyez : « Il n'y a plus de nosologie, il n'y a que de la nasologie ! » force est bien de reconnaître que, par leurs conséquences prochaines ou éloignées, les affections naso-pharyngiennes peuvent retentir, et retentissent souvent d'une manière fâcheuse sur les organes en communication avec ces cavités, et sur l'état général.

Les remarquables progrès de la chirurgie spéciale, dans ces vingt dernières années, permettent d'obtenir, par des interventions rationnelles, de brillants et rapides succès dans de nombreux cas où le larynx, l'oreille, la respiration, le développement

physique et même intellectuel sont troublés par l'existence de végétations adénoïdes, de polypes du nez, de diverses formes de rhinites, etc. Mais il faut avouer qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que, souvent encore, la chirurgie, malgré ses inappréciables services, ne peut suffire à tout. Les médecins, les spécialistes surtout, savent, en effet, combien fréquentes sont les rhinopharyngites qui, après avoir épuisé toutes les interventions raisonnables, sont encore le tourment des malades, et celles, plus rebelles peut-être, sur lesquelles le chirurgien ne trouve pas de prise.

C'est dans ces cas que les eaux thermales, dans les stations plus particulièrement appropriées au traitement des affections des voies respiratoires et des premières voies digestives, peuvent utilement intervenir.

Sans m'étendre sur ces considérations générales, ni sur les indications qui président au choix de telle ou telle station, indications qui se tirent surtout de l'état général des malades (arthritiques purs aux eaux indéterminées, lymphatiques et lympho-arthritiques aux eaux sulfureuses), il me sera permis de rappeler le bénéfice réel que ces malades en retirent, lorsque la cure s'adapte bien au cas particulier, et qu'elle est dirigée comme il convient.

Dans la majorité des stations, cette cure comprend, d'une part, le traitement général par la boisson, et les pratiques d'hydrothérapie thermale, et, d'autre part, des applications variées d'eau minérale sur les fosses nasales et le pharynx.

C'est la direction de ce traitement local par l'eau thermale, qui intéresse particulièrement le spécialiste, que je voudrais examiner.

La question comporte deux points à déterminer :

1° Dans quels cas ce traitement local est-il applicable et utile (indications générales) ?

2° Quels sont, parmi les procédés en usage, celui qui convient le mieux à telle ou telle affection déterminée (indications particulières des divers modes d'application) ?

La réponse sur ces deux points dépend du diagnostic précis qui doit être fait, tout d'abord, par un examen direct compétent et complet, de l'affection qu'il s'agit de traiter, et de l'état

anatomique des régions. C'est dire que le traitement local, même thermal, des affections nasales, ne peut et ne doit être institué, sous peine d'erreurs parfois désastreuses, que par un médecin habitué à cet examen spécial.

Ceci dit, il ne faudrait pas demander à cette pratique plus qu'elle ne peut donner. On aura beau irriguer, baigner, pulvériser une déviation de la cloison, une queue de cornet, des polypes, des végétations adénoïdes, on ne parviendra pas à faire disparaître ces déformations ou néoformations. Qu'est-ce que cela prouve, sinon qu'il faut rechercher les indications comme pour tout autre moyen thérapeutique ?

Ces indications une fois posées, le traitement local ne doit pas supplanter, sauf exceptions particulières, le traitement général, qui reste le point fondamental, indispensable au remontement de l'organisme, sans lequel la poursuite d'une lésion locale serait souvent œuvre vaine. Ce traitement général suffit, à lui seul, à modifier par voie d'absorption interne, et d'excitations cutanées, les catarrhes des muqueuses inaccessibles à l'action locale, et son activité se manifeste, au même degré, sur la muqueuse naso-pharyngée. Mais l'action topique de l'eau thermale est, dans bien des cas, un adjuvant précieux qui vient heureusement compléter et renforcer l'action du traitement général.

INDICATIONS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT LOCAL

Quand on pratique une application locale sur les fosses nasales et le pharynx, on a pour but, soit de laver, de nettoyer ces régions, soit de les atteindre, et de les modifier par un contact médicamenteux. Les eaux minérales, n'étant autre chose qu'une solution médicamenteuse naturelle, constituent, à la fois, un moyen de *lavage* et un *topique*.

Il suit de là que le traitement local par l'eau thermale sera indiqué :

1° Quand il y a lieu de dégager les fosses nasales des croûtes ou mucosités qui les encombrent (*action détersive*) ;

2° Quand on veut modifier par contact la muqueuse malade, et qu'on a des raisons de penser que l'eau minérale donnera le résultat cherché, sans jamais être nuisible (*action modificatrice*).

Ces actions, le plus souvent combinées, seront mises utilement à profit dans l'ozène, dans les rhinites purulentes, dans les accumulations de produits de suppuration sinusienne, dans les rhinites catarrhales chroniques simples, dans les rhinites spasmodiques en dehors des accès, dans le catarrhe naso-pharyngien à forme sèche ou humide, rarement dans les végétations adénoïdes.

En revanche, le traitement local sera contre-indiqué dans le coryza aigu, surtout à sa première période, où il pourrait léser la muqueuse déjà malade, provoquer des érosions, diminuer la résistance physiologique de l'épithélium.

Il sera de même contre-indiqué dans les polypes muqueux que l'eau minérale ne ferait que gonfler en les hydratant, et, pour le même motif, dans tous les états chroniques où il y a hypertrophie vraie et marquée de la muqueuse des cornets.

La turgescence, le gonflement, la fausse hypertrophie, et même l'hypertrophie vraie, mais modérée, ne sont pas une contre-indication.

La cure thermale, par applications locales, pourra, il est vrai, comme effet immédiat, augmenter cette turgescence, mais cet effet n'est que passager. On voit, peu de temps après, les cornets se réduire, et non seulement reprendre le volume qu'ils avaient avant la cure, mais subir une régression curative plus ou moins complète. Il est bon d'être prévenu que cette régression peut se faire attendre quelques semaines après la cessation du traitement thermal pour ne pas s'exposer à conclure hâtivement, en examinant le malade dès son retour, que l'effet a été nul ou nuisible. C'est presque une loi hydrologique que les effets bienfaisants des eaux ne se font souvent sentir que quelque temps après la cure.

INDICATIONS PARTICULIÈRES DES DIVERS MODES D'APPLICATION

Lorsque l'indication d'un traitement local est bien nette, tout n'est pas fini ; il faut encore faire un choix parmi les procédés en usage dans la station, de façon à adopter celui qui convient le mieux au cas particulier dont il s'agit.

Ces procédés sont nombreux.

Le plus répandu, le plus en honneur dans nos stations thermales, auquel on accorde, un peu trop facilement peut-être, une omnipotence qui est loin d'être toujours justifiée, c'est la douche nasale classique.

Ensuite viennent :

La douche rétro-nasale ;
La pulvérisation nasale ;
Le humage nasal ;
Le reniflage ;
Le gargarisme laryngo-nasal ;

Et enfin le bain nasal moyen, peu répandu encore, surtout en France, n'occupant guère que le dernier rang par sa renommée, mais auquel quelques patronages éminents, ainsi que la faveur dont il jouit auprès des malades qui en ont fait usage, promettent quelque avenir.

Chacun de ces procédés a valeur, en trouve son indication particulière, suivant les cas, le but qu'on se propose, la région qu'on veut atteindre, etc.

Douche nasale. — La douche nasale, malgré la rigueur qu'on doit lui tenir pour avoir accaparé jusqu'ici un domaine vraiment trop vaste, et pour avoir, lorsqu'elle était appliquée sans discernement, causé de trop nombreux méfaits, mérite d ne pas être abandonnée. Le tout est de fixer ses indications, d'entourer son emploi des précautions indispensables. Elle e basée, ainsi que le décrit M. Moure, sur « ce fait que, lorsqu'u « liquide introduit dans l'une des fosses nasales, sous une ce

« taine pression, arrive au contact de la face postérieure du « voile du palais, il détermine une contraction violente de ce « dernier qui se soulève, et forme en arrière de la cloison une « véritable gouttière, dans laquelle s'écoule le liquide pour « aller passer dans la fosse nasale opposée, et venir faire issue « au dehors. Ainsi, pendant son passage, il ne touche ni la « partie postéro-supérieure du pharynx nasal, ni les cavités « nasales supérieures. »

Il résulte de cette description magistrale, exacte en tous points, que la douche nasale ne s'applique qu'aux fosses nasales, et nullement à la cavité nasopharyngienne, qu'elle n'atteint pas, ou qu'elle ne ferait qu'effleurer.

Ce premier point étant acquis, il reste à déterminer :

1° Quelles sont les conditions qui en permettent l'emploi, et 2° quelles sont les affections des fosses nasales qui en réclament l'application.

La condition indispensable pour que la douche nasale soit appliquée sans danger est la perméabilité des fosses nasales. Si l'une des fosses nasales est moins largement béante que l'autre, c'est par la plus étroite qu'on devra faire pénétrer le liquide, car c'est la voie de retour surtout qu'il importe de laisser bien ouverte, pour éviter toute accumulation de liquide au niveau des trompes d'Eustache. Tout obstacle à cette libre circulation (polypes, déviation de la cloison, hypertrophie des cornets, etc.) constitue une contre-indication. — *La rhinoscopie antérieure doit toujours être faite avant de prescrire une douche nasale* (Lermoyez).

Je ne m'étends pas sur la direction à donner au jet, la pression, la température du liquide, les recommandations à faire au malade de ne pas parler, de ne pas avaler, de respirer tranquillement par la bouche ouverte pendant la durée de l'irrigation, précautions pourtant capitales, mais qui sont connues de tous.

Il ne faut pas perdre de vue que l'oubli de l'une quelconque de ces conditions ou précautions peut entraîner des conséquences sérieuses, dont la principale est la pénétration du liquide dans les trompes, et dans l'oreille moyenne.

Sans doute, à l'état normal, la trompe d'Eustache est un

conduit virtuel, qui ne s'entr'ouvre que dans les mouvements de déglutition, ou par pression de l'air, comme dans l'acte de se moucher, ou dans l'application du procédé de Valsalva. Mais une pression trop forte dans la douche nasale, un obstacle au retour du liquide, un mouvement de déglutition intempestif peuvent séparer les parois tubaires accolées; le liquide s'engage alors dans le conduit et peut aller provoquer une otite moyenne avec toutes ses conséquences. Ces faits, peut-être rares relativement au nombre incalculable d'irrigations nasales qui ont été administrées depuis l'invention de Weber, n'en existent pas moins, et tout médecin rhinologiste en a personnellement noté quelque observation.

Cela suffit pour démontrer que la douche nasale n'est pas un moyen banal qui puisse être prescrit au petit bonheur. Son emploi comportant un certain aléa, il faut, pour qu'elle soit justifiée, que cet aléa soit contrebalancé par une réelle utilité; il faut que l'affection à traiter en réclame l'application à l'exclusion de tout autre moyen.

Les affections des fosses nasales qui réclament la douche nasale de préférence à tout autre moyen, sont l'ozène et les rhinites purulentes, c'est-à-dire, *celles dans lesquelles il est indiqué de débarrasser ces régions des croûtes ou mucosités adhérentes et abondantes* qui y sont accumulées. Dans ces cas, en effet, le courant continu, et plus ou moins énergique de la douche nasale, constitue le moyen le plus puissant d'absterger ces cavités. Dans l'ozène, la muqueuse réclame en outre une excitation vive et prolongée, et les conditions physiques de la béance des fosses nasales sont réalisées au maximum par l'atrophie des cornets. Dans les rhinites purulentes, qu'elles soient fonction de sinusites, ou d'origine syphilitique, à condition qu'aucun obstacle ne s'y oppose, il n'y a pas de meilleur moyen d'entraîner les produits de la suppuration.

En dehors de ces cas, la douche nasale doit être rejetée. Dans les rhinites aiguës, dans les polypes muqueux, dans l'hypertrophie des cornets, alors même que les fosses nasales seraient perméables, elle serait plutôt nuisible, et ne ferait qu'aggraver l'affection ; dans tous les autres cas, elle serait au moins inutile.

S'il s'agit moins de déterger les fosses nasales que de modifier par contact la muqueuse, il n'est nul besoin d'imposer au malade une irrigation abondante qui est peu agréable, qui contusionne l'épithélium, et qui comporte, ainsi que nous l'avons vu, quelque risque.

Douche rétro-nasale. — La douche rétro-nasale permet d'atteindre non seulement les fosses nasales, mais aussi le cavum et la partie postéro-supérieure des fosses nasales. Elle se pratique au moyen de la canule recourbée de Moure ou de Vacher, qu'on passe derrière le voile du palais, et qui est adaptée au tube de caoutchouc de la douche nasale, ou mieux d'un énéma ordinaire.

C'est le moyen le plus puissant pour nettoyer la voûte du pharynx nasal. Elle doit être appliquée avec les mêmes précautions que pour la douche nasale, au point de vue de la température du liquide, et surtout de la pression. Une pression un peu trop forte pourrait avoir les mêmes inconvénients de forcer l'orifice tubaire.

Son indication doit se borner à l'existence sur la voûte de croûtes, ou de sécrétions purulentes très adhérentes ne pouvant être enlevées par des moyens plus doux. Certains cas d'empyème du sinus sphénoïdal, ou d'ethmoïdites postérieures, pourront aussi en réclamer l'application.

A ces cas doit se borner son intervention, car elle est assez pénible, et difficilement acceptée par les patients. On s'y habitue généralement assez vite, il est vrai, mais les premières séances provoquent des nausées, de la toux, et il est des malades à hypéresthésie pharyngée, tels que les alcooliques et les névropathes, qui ne parviennent pas à la pratiquer correctement.

Pulvérisation nasale. — Avec la pulvérisation nous rentrons dans les moyens qui s'adressent surtout aux fosses nasales. On peut bien pratiquer aussi la pulvérisation rétro-nasale, mais elle a les mêmes difficultés d'application que la douche rétro-nasale, et l'indication impérieuse en est bien rare.

Pour les fosses nasales, au contraire, la pulvérisation est un

très bon moyen, permettant de ramollir, de détacher les croûtes et mucosités, de faire une sorte de massage de la muqueuse ; beaucoup moins désagréable que l'irrigation, elle n'en présente non plus aucun des dangers, et a l'avantage d'atteindre toutes les anfractuosités.

Elle a son indication surtout dans l'ozène, comme préface à la douche nasale, et dans toutes les rhinites à sécrétions épaisses et desséchées.

De même que la douche rétro-nasale, elle est contre-indiquée dans tous les états aigus, et dans les formes hypertrophiques.

Humage nasal. — Le humage nasal, tel qu'on l'entend dans les stations thermales, consiste dans la respiration, par le nez, de vapeurs d'eau minérale. C'est peut-être là une mauvaise dénomination, comme le constate M. Lermoyez, qui donne ce nom à l'acte de renifler un liquide par le nez. Mais c'est une habitude prise ; aux eaux, le mot « humage » est synonyme d'inhalation.

Le humage nasal est le moyen le plus doux de faire agir le principe thérapeutique sur la muqueuse nasale, ou naso-pharyngienne. Très diffusible, atteignant tous les recoins, il serait le traitement idéal, si son activité répondait à sa facilité et à son innocuité. Il peut sans inconvénient, et même avec utilité, être appliqué dans les cas aigus où il produit un bain de vapeur émolliente éminemment anti-phlogistique, dont l'action se fait sentir sur la pharynx comme sur le nez.

Il est indiqué dans les rhinites et adénoïdites aiguës, et chez les malades à réactions exagérées, dans les rhinites spasmodiques, chez les malades présentant une étroitesse ou une obstruction des fosses nasales rendant difficiles ou contre indiquant les autres moyens, et peut du reste être appliqué sans inconvénient dans beaucoup d'autres cas.

Mais, en résumé, il n'offre, en dehors des cas aigus, qu'une énergie thérapeutique restreinte, et doit plutôt être classé au rang d'un adjuvant.

Les contre-indications sont les polypes, et l'hypertrophi des cornets où, en hydratant les tissus, il augmenterait l'obs truction nasale.

Reniflage. — Ce procédé vulgaire, assez répandu dans le public, consiste, on le sait, à aspirer par le nez un liquide versé dans le creux de la main, ou contenu dans un vase rempli à pleins bords. On comprend combien ce procédé est primitif, imparfait, et peu élégant. Sans parler des éclaboussures inévitables auxquelles il expose, il peut, dans une aspiration trop énergique, faire arriver le liquide dans les régions supérieures des fosses nasales, vers la lame criblée de l'ethmoïde, provoquer de violents maux de tête, et parfois une rhinite plus ou moins intense ; tout cela pour un bien mince résultat, car on ne peut guère espérer qu'un nettoyage sommaire, tout au plus de l'entrée des narines.

Gargarisme laryngo-nasal. — Ce procédé, qui est dû au Dr Guinier, professeur agrégé de Montpellier, et médecin à Cauterets, consiste à prendre une gorgée de liquide dans la bouche, à la laisser descendre pendant l'expiration, qui relève l'épiglotte, jusque dans le vestibule du larynx, et à la rejeter ensuite par le nez, ainsi que font parfois les fumeurs de la fumée de tabac. C'est un procédé fort ingénieux, qui nettoie bien le naso-pharynx, et qui ne présente pas de danger pour l'oreille. Mais il est difficile à apprendre ; il exige un tour d'adresse que peu de malades et même de médecins arrivent à saisir. De plus, il a l'inconvénient de projeter dans les fosses nasales un liquide imprégné des sécrétions et détritus de la cavité buccale.

Bain nasal. — Le bain nasal consiste à faire pénétrer, sans pression, un liquide dans les fosses nasales, et la cavité naso-pharyngienne, et à l'y laisser un court espace de temps. Au moyen d'un appareil *ad hoc* on introduit ce liquide par l'une des narines, tandis que la tête est renversée légèrement en arrière, pour permettre l'écoulement le long du plancher. Le liquide atteint ainsi la face postérieure du voile du palais, qui tend à se relever par contraction réflexe, s'accumule dans le cavum, et les deux côtés du nez, et reflue par les narines si la quantité est trop considérable.

La pratique apprend vite la dose de liquide qui peut être introduite sans dépasser la mesure.

Lermoyez, et la plupart des auteurs qui recommandent le bain nasal, conseillent de respirer tranquillement par la bouche ouverte, tandis que le liquide séjourne dans les cavités du nez et du pharynx. Mais pour assurer de façon parfaite le relèvement du voile, et empêcher que le liquide ne tombe dans la gorge, il est préférable de retenir la respiration comme pour un effort. Couvelaire et Crouzon ont constaté, en effet, par l'observation directe sur un opéré dont la brèche laissait apercevoir les mouvements du voile, que le naso-pharynx est complètement fermé dans l'acte de l'effort.

Dès que le sujet ne peut plus résister au besoin de respirer, il n'a qu'à ramener la tête en avant ; pendant que la respiration reprend facilement par la bouche, le liquide revient, le plus souvent, par les deux narines.

Les appareils servant à pratiquer le bain nasal sont nombreux. Je ne citerai que le vase d'Urbantschitsch, le laveur de Woakes-Frenkel, l'appareil américain, l'appareil de Politzer, etc. J'ai pensé, pour ma part, qu'une simple pipette en verre, conforme au modèle ci-joint, permettant de puiser le liquide directement dans un verre, de contenance égale à la capacité moyenne du naso-pharynx, était d'un emploi plus commode, surtout aux eaux minérales (1).

Le bain nasal, à l'encontre de la douche nasale, ne présente aucun danger de pénétration du liquide dans les trompes, sa pression étant insignifiante. La tête étant renversée en arrière, à la condition d'introduire un volume de liquide égal à la capacité naso-pharyngienne, tous les recoins de cette cavité, même la voûte et les parties postéro-supérieures des fosses nasales, se trouvent atteints sans choc et sans violence.

Il ne possède pas, il est vrai, l'énergie de la douche de Weber, ni de la douche rétro-nasale, mais c'est là justement sa caractéristique, qui, dans bien des cas, est une supériorité. En le répétant un certain nombre de fois à chaque séance, il par-

(1) Voir pour plus de détails : « Technique du bain nasal », *Annal d'hydrologie*, novembre. 1900.

vient très bien, d'ailleurs, à faire un nettoyage complet, lorsque ces sécrétions et mucosités ne sont pas trop adhérentes.

Sauf dans les cas d'ozène, à croûtes épaisses, difficiles à détacher, et à fosses nasales agrandies, ou dans les rhinites purulentes dans les mêmes conditions, il donne tous les résultats qu'on peut attendre de la douche nasale.

Même dans ces cas, il sert d'utile préface à la douche, en humidifiant et ramollissant ces sécrétions, sur lesquelles, sans cela, l'irrigation elle-même glisserait sans les entraîner. C'est alors un adjuvant utile, au même titre que la pulvérisation.



Dans tous les autres cas, il mérite de prendre le premier rang, tant comme moyen de lavage que comme moyen de modifier la muqueuse. Il peut être employé sans danger là où la douche nasale est mal supportée ou contre-indiquée.

Très facilement accepté par les malades, il permet d'agir aussi bien et plus aisément que par la pulvérisation et les douches rétro-nasales, sur les catarrhes naso-pharyngiens, si fréquents dans la clientèle thermale. Presque aussi doux et plus actif que le humage, il peut être appliqué même dans les cas aigus, en ayant soin de surveiller la composition et la température du liquide.

Dans les polypes du nez, les hypertrophies des cornets, dans les végétations adénoïdes même, l'abus seul est contre-indi-

qué. Répété trop souvent, il pourrait, comme la douche, comme le humage, augmenter le gonflement. Mais, appliqué avec modération, il facilitera sans aucun inconvénient et avec avantage la sortie des sécrétions et des produits de suppuration, en attendant les interventions nécessaires.

En résumé, la douche rétro-nasale, la pulvérisation nasale, le humage nasal, peuvent trouver leur indication dans certains cas particuliers. Le bain nasal s'applique avantageusement à tous les cas.

La douche nasale elle-même garde son emploi et sa prépondérance dans l'ozène et certaines rhinites purulentes réclamant un courant liquide énergique, lorsque la béance des fosses nasales en permet l'application. Mais en dehors de ces cas, ainsi que le dit Lermoyez, « elle doit céder le pas au bain nasal, « dont l'importance croît de jour en jour dans la thérapeu- « tique rhinologique. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Réunion du vendredi 28 février 1902.

Compte rendu par le Dr GEORGES MAHU, secrétaire.

Présidence de M. CASTEX.

M. CASTEX, président, met aux voix la candidature, en qualité de membre titulaire, du Dr Fournier (de Paris), présenté par MM. Luc et Furet.

M. Fournier est élu membre de la Société de Paris à l'unanimité des suffrages.

Présentation de malades.

MAURICE BOULAY. — Trois exemples de rétrécissement sous-glottique : le premier guéri, le deuxième en cours de traitement ; le troisième non encore traité. Tous survenus à la suite d'une laryngite aiguë suffocante traitée par le tubage, puis par la trachéotomie.

Premier cas. — Fillette de 14 ans, décanulée depuis trois ans, après un traitement de deux ans de durée, ayant consisté dans la dilatation progressive à l'aide de fines bougies uréthrales d'abord, puis de tiges laminaires et enfin de tiges métalliques rigides. Le rétrécissement qui offrait un diamètre d'un millimètre n'a pour ainsi dire pas laissé de trace. Voix bonne.

Deuxième cas. — Garçon de 5 ans et demi, laryngotomisé, il y a trois mois, pour une occlusion sous-glottique totale ; réfection du canal cricoïdien, séjour dans le larynx d'un drain en caoutchouc pendant six semaines. Actuellement, l'enfant respire par la bouche et peut parler à haute voix ; la canule reste fermée toute la journée. Elle sera retirée définitivement dans quelques semaines, quand il n'y aura plus à craindre le retour d'un rétrécissement.

Troisième cas. — Garçon de 13 ans, porteur d'une sténose sous-glottique depuis quatre ans. Le diamètre du rétrécissement est d'un millimètre environ. On se propose de faire le même traitement que chez la première malade et, s'il échoue, de faire une laryngofissure comme chez l'enfant précédent.

Paul Viollet présente un cas de cure radicale d'otorrhée remontant à l'âge de 5 ou 6 mois chez un homme de 31 ans ; l'otorrhée s'était compliquée de parésie faciale et d'état vertigineux habituel avec céphalée, insomnie et douleur d'oreille, symptômes pour lesquels le malade venait consulter à nouveau ; l'intervention fut décidée immédiatement à cause des symptômes d'irritation du facial ; deux mois après l'intervention il n'existait plus trace de paralysie faciale ni de vertiges ; l'épidermisation complète des cavités de l'oreille moyenne était obtenue quatre mois plus tard.

La seconde malade, Mlle S..., présentée par le Dr Viollet, était atteinte de sinusite maxillaire chronique compliquée de productions polypeuses volumineuses du méat moyen. La guérison fut obtenue en quatre mois par des instillations de substances modificatrices, telles que le naphtol camphré, faites par l'orifice naturel agrandi à la curette après résection d'une apophyse uniforme volumineuse et à revêtement muqueux hypertrophié gênant l'écoulement du pus. Viollet fait remarquer que depuis la résection de l'apophyse et la guérison du sinus, l'éclairage buccal détermine une zone lumineuse, large comme une pièce de deux francs, au niveau de la partie moyenne du flanc gauche du nez. Cette zone s'obscurcissait quand l'éclairage était fait avant tout lavage, alors que le sinus suppurait encore, elle semble correspondre à l'ovale lumineux qui existe normalement en ce point, au moins chez certains sujets, et que Ruault a vu s'obscurcir au cours des ethmoïdites antérieures.

Le troisième malade de Viollet est un garçon de 15 ans, opéré huit mois plus tôt d'un volumineux fibrome naso-pharyngien avec prolongement nasal qui ne présente aujourd'hui aucune trace de repousse. Viollet attribue cette absence de récidive à la surveillance, prolongée pendant deux mois, qu'il a faite du naso-pharynx après l'opération, enlevant à l'anse les restes de tumeur laissés au cours de l'opération. Si complète qu'elle ait été pra quée par Viollet et E. Delaunay, chirurgien de l'hôpital Péan, détruisant à l'acide chromique tout bourgeon exubérant, Violl estime que bien des récidives de pareille tumeur s'expliquent sa doute par défaut de ce contrôle prolongé fait à l'aide du miroir du *speculum nasi*.

Le Dr Viollet demande ensuite l'avis de ses collègues au sujet du traitement de deux malades, l'un atteint de papillomes récidivants du larynx, Mme Es... ; l'autre de dégénérescence myxomateuse de la muqueuse du nez dans sa totalité, M. Gar...

Lubet-Barbon présente un homme de 40 ans, venu à sa consultation avec de petites tumeurs sessiles du larynx, sans lésions pulmonaires nettes. Pas d'antécédents syphilitiques. A la suite d'une série de curettages, des brides cicatricielles se sont produites, rétrécissant considérablement la lumière sous-glottique. L... désire consulter la Société sur ce cas intéressant au point de vue du diagnostic et aussi sous le rapport de l'intervention à pratiquer.

Les membres de la Société pensent qu'il s'agit de tuberculose (fait confirmé depuis) et conseillent la thyrotomie.

Mahu présente un homme de 45 ans, atteint d'un œdème laryngé latéral gauche s'étendant à l'amygdale et aux piliers correspondants et localisé surtout sur l'aryténoïde et la moitié de l'épiglotte, de façon à masquer la glotte à l'examen laryngoscopique. Cet œdème, surveillé régulièrement *depuis deux mois*, ne présente aucune trace d'inflammation et ne détermine chez le malade aucune douleur. Il existe une gêne légère de la respiration qui est quelque peu bruyante — gêne plus accentuée la nuit — et un nasonnement de la voix. L'état général est demeuré parfait chez le malade qui n'avoue aucun antécédent héréditaire ou personnel. Rien à l'examen des urines. Malgré le repos imposé, un traitement local calmant, puis quatre injections d'huile grise pratiquées de semaine en semaine, aucune modification n'est survenue dans l'état du larynx œdématié.

Après examen par les membres de la Société, Lubet-Barbon conseille de faire un badigeonnage avec la solution d'adrénaline afin de provoquer une rétraction des tissus permettant de découvrir quelque lésion sous-jacente.

Le badigeonnage a été fait mais sans faire découvrir quoi que ce fut sous l'œdème qui reste dans le même état.

Castex présente un jeune homme de 23 ans dont l'amygdale droite est creusée de deux ulcérations superposées affectant la forme de gommes syphilitiques et dont l'apparition remonte à quinze jours. Aucun antécédent syphilitique ni tuberculeux. Castex désire avoir l'opinion des membres de la Société sur la nature de ces lésions.

L'avis de la Société est qu'il s'agit d'une amygdalite ulcéreuse et probablement d'une angine de Vincent.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Otite moyenne aiguë chez un diabétique, par A. Ephraïm (*Archiv. für ohrenheilkunde*, t. LIV, nos 3 et 4).

Homme de 42 ans, porteur, depuis longtemps, d'un diabète moyen qui, à la suite d'une grippe, eut d'abord un catarrhe des sinus frontaux de plusieurs semaines, puis une otite moyenne compliquée de mastoïdite qui fut opérée. Un mois plus tard, on pouvait constater sur la paroi interne de l'antre une petite fistule par laquelle s'écoulait de la lymphe et qui communiquait avec le canal semi-circulaire horizontal. La convalescence fut encore troublée par la production d'un abcès autour de l'articulation de la mâchoire, mais la guérison fut complète.

L'auteur insiste sur la rareté de ces fistules des canaux semi-circulaires dans les cas aigus : sur 121 cas, Jansen n'en signale que 3 et encore compliqués d'accidents cérébraux graves ; tous les 7 cas de Stinger étaient chroniques, et sur les trente-deux observations de Lucae, deux seulement appartenaient à des cas subaigus de trois et cinq mois de durée. M. Lannois.

Maladies de l'oreille chez les enfants des écoles du district de Marbourg, par le Prof. Ostmann (*Archiv. für ohrenheilkunde*, t. LIV, nos 3 et 4).

O. a examiné dans soixante-dix écoles du cercle de Marbourg, 7 537 enfants de 5 à 14 ans dont 3 767 garçons et 3 770 filles. R. en a trouvé 2 142 chez lesquels l'audition d'une ou des deux oreilles était inférieure au 1/3 de la normale, soit une proportion de 28,4 %. Le pourcentage n'est que de 26,8 pour les filles et monte à 30 pour les garçons.

Dans certaines écoles, le pourcentage tombe à 6,5 %, mais, dans d'autres, il s'élève aux chiffres extraordinaires de 50,6 et 55,2 %. L'auteur décrit longuement les conditions productrices de la diminution de l'ouïe dans les écoles examinées par lui et décrit avec lyrisme le bien que peut faire le médecin auriste.

M. Lannois.

Examen microscopique dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par SNYDACKER (*Archives of otology*, déc. 1901).

L'auteur appelle l'attention sur l'intérêt qu'il peut y avoir à examiner au microscope les rudiments de lavage dans l'otorrhée et attribue plus d'importance à cet examen qu'à la recherche bactériologique. Les cellules épithéliales provenant de l'oreille moyenne, les cristaux de cholestérine et surtout la présence constante de poussière osseuse. Dans ces cas,il y a lieu à intervention.

M. LANNOIS.

Tumeur calcifiée de l'oreille moyenne, par C. BRAISLIN (*Archives of otology*, déc. 1901).

Chez une femme de 35 ans ayant une suppuration depuis l'âge de 12 ans, après une scarlatine on trouvait, dans l'oreille gauche, une tumeur dure prenant naissance sur la paroi interne et postérieure de la caisse au niveau de l'aditus. Elle fut considérée comme une exostose et enlevée sous anesthésie. Contrairement à ce qu'on attendait, elle se dilata avec la plus grande facilité sous forme de fragments. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse, probablement un polype, qui avait subi l'infiltration calcaire. M. LANNOIS.

Valeur thérapeutique du massage vibratoire de la membrane tympanique, par SCHWABACH (*Archives of otology*, nos 4 et 5, 1901).

L'auteur s'est servi du masseur à moteur électrique décrit par Breitung. Ses observations portent sur 173 cas donnant un total de 276 oreilles affectées diversement : il faisait des applications quotidiennes à marche lente, soit 600 mouvements du piston, de 2 millimètres chacune, puis progressivement plus rapide (jusqu'à 1 200) : la durée des séances était de une, deux, rarement trois minutes.

Il traita ainsi 43 cas de sclérose vraie sans grand résultat et il ne recommande pas la méthode dans ces cas. Dans le catarrhe chronique simple de l'oreille moyenne, 39 % ont eu l'ouïe améliorée et 45,7 % ont eu de l'amélioration des bruits subjectifs. Dans le catarrhe subaigu de l'oreille moyenne, avec ou sans épanchement, amélioration permanente dans 44,4 % des cas : même résultat favorable dans les inflammations aiguës de la caisse par influenza (!!!), 54 % pour les bruits subjectifs et 66,6 % pour l'audition. Mais c'est surtout dans les séquelles des vieilles suppu-

rations que la méthode triomphe : 91,6 % de guérisons complètes ou de notables améliorations.

L'auteur conclut en disant qu'il y a là un procédé qui mérite d'être essayé, mais il répète à nouveau qu'il ne faut rien promettre dans la sclérose. M. LANNOIS.

La participation du facial dans l'action d'écouter attentivement, par OSTMANN, de Marbourg (*Archiv. für ohrenheilkunde*, t. LIV, nos 3 et 4, 23 janv. 1902).

L'auteur a souvent constaté cette participation et donne quatre photographies qui la démontrent. Dans l'acte d'écouter avec attention, d'être aux écoutes, certaines personnes n'ont aucune participation de la musculature de la face; il y a seulement un peu d'inclinaison de la partie supérieure du corps et un mouvement latéral des yeux dont l'expression est spéciale : ce mouvement des yeux est d'ailleurs variable.

C'est autour de la bouche que les mouvements du facial sont le plus marqués. Les uns pressent les lèvres, les autres ouvrent légèrement la bouche en même temps que la commissure est attirée du côté qui écoute. Parfois, il y a de petites secousses dans la musculature du visage, comme Stumpf l'a déjà observé sur son fils.

L'auteur insiste sur le rôle du muscle de l'étrier dans l'audition attentive et croit que l'influx nerveux destiné à le mettre en action diffuse sur les autres fibres du nerf. M. LANNOIS.

Mécanisme de l'accroissement du cholestéatome, par EPHRAIM (*Archiv. für ohrenheilkunde*, t. LIV, nos 3 et 4).

L'auteur s'élève vivement contre les théories qui considèrent l'usure de l'os dans le cholestéatome comme due à la pression de la néoformation épithéliale avec l'os lui-même, car dans ce cas, la matrice du cholestéatome serait atrophiée alors qu'au contraire, elle est hyperplasiée et douée d'activité productrice de masses épithéliales. On ne conçoit d'ailleurs pas la pression avec la perforation du tympan ou même avec la formation d'une soupape dans l'aditus. S'il y avait pression, il y aurait des douleurs osseuses qui n'existent pas dans le cholestéatome de l'oreille.

Il rapporte un cas de cholestéatome opéré avec récidive co tante et élargissement de la cavité, de 6 centimètres 3/4 juin 1899, jusqu'à 8 centimètres 1/4, en septembre 1901, bien q la cavité fût largement ouverte. On ne peut admettre non plus

le mécanisme indiqué par Subermann, chez les enfants, d'une production de cellules pneumatiques normales de l'apophyse, car le malade avait 22 ans. Il faut ajouter qu'il était ozéneux.

L'auteur se contente d'ajouter qu'il faut admettre que le cholestéatome est doué d'une puissance d'accroissement actif.

M. LANNOIS.

Thrombose du golfe de la jugulaire, par STENGER (*Archiv. für ohrenheilkunde*, t. LIV, nos 3-4).

Si, dans un cas où les signes cliniques indiquent une thrombose sinusale, l'opération ne fait rien découvrir dans le sinus ou sur sa paroi, la phlébite peut siéger en un autre point. Ce point est le plus souvent le golfe de la jugulaire : la thrombose isolée du golfe de la jugulaire est d'ailleurs assez rare.

S. a étudié les conditions anatomiques qui favorisent la production de cette thrombose. Trois cas sont possibles.

Le sinus et la veine jugulaire peuvent se suivre sans, qu'en réalité, il y ait de formation bulbaire et, dans ce cas, il y a, entre la paroi inférieure de la caisse et le point le plus élevé du golfe, une épaisseur d'os de 3/4 à 1 1/2 centimètre. — Dans un second cas, le golfe ou bulbe jugulaire est bien marqué et il peut alors remonter jusqu'au niveau de la fenêtre ronde ; il n'est plus séparé de la caisse que par une feuille osseuse, transparente et mince comme du papier. — Enfin, lorsque le bulbe est très développé, il remonte jusqu'à la hauteur de la fenêtre ovale, fait saillie dans le crâne, repousse le fond de la caisse, etc.

Dans ces deux derniers cas, il y a fragment des déhiscences. Si on y ajoute les passages pour les vaisseaux (veines de la caisse, de l'aqueduc, du limaçon) qui viennent s'aboucher avec le golfe de la jugulaire, on se rendra facilement compte de la possibilité pour les phlébites de commencer en ce point.

Il faut aussi ajouter que s'il n'y a pas communication directe avec le foyer, le ralentissement du sang au niveau d'un golfe jugulaire très accentué favorise en ce point le séjour des microbes, leur pullulation et la formation des thromboses.

M. LANNOIS.

Névroses et opérations sur l'apophyse mastoïde, par R. MÜLLER (*Archiv. für ohrenheilkunde*, t. LIV, nos 3 et 4).

L'auteur rapporte dix observations d'épilepsie, hystérie, chorée (et même de sclérose en plaques, malgré le titre de son travail),

où on fit des opérations radicales sur l'apophyse mastoïde pour des suppurations anciennes ayant laissé des traces plus ou moins marquées. Il dit avoir toujours constaté des améliorations et même une guérison : il est vrai que dans ce cas il s'agissait de chorée.

Il attribue ces améliorations à la narcose et au choc opératoire, à la perte de sang, enfin au traitement post-opératoire. Il parle ensuite de la suggestion, mais sans lui attester plus d'importance qu'aux coups de marteau sur l'apophyse : elle nous paraît cependant jouer le rôle principal, au moins dans tous les cas rapportés (et ce sont les plus nombreux) où l'hystérie était en cause.

M. LANNOIS.

Abcès rétropharyngien par otite moyenne purulente, par G. Kien (*Archives of otology*, nos 4 et 5, 1901).

L'auteur rapporte 4 cas. Dans le premier, il s'agissait d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne qui s'était aggravée et s'accompagnait d'un écoulement abondant. Un abcès s'étendait de l'insertion du sterno-mastoïdien jusqu'au milieu du cou et toute la paroi postérieure du pharynx bombait en avant : la pression sur le pharynx aussi bien que sur le cou faisait fluer le pus par l'oreille. Large ouverture de l'abcès, résection de la pointe cariée de l'apophyse. Guérison malgré une pneumonie purulente intercurrente : paralysie faciale opératoire persistante.

Le deuxième cas se rapporte à une otite aiguë avec suppuration profuse et douleur de l'apophyse. Quatre jours après l'opération, élévation de température qui dure onze jours, après quoi la dysphagie apparaît. On soupçonne une thrombose du sinus, on l'ouvre et détermine une violente hémorrhagie qui se renouvelle au premier pansement. La fièvre persiste jusqu'à ce qu'on ait ouvert l'abcès pharyngé par la bouche. Guérison rapide.

Le troisième cas était une otite purulente subaiguë avec abcès périsinusien. Pas de pus dans l'antre, mais trois jours après l'intervention, douleur au niveau du cou qui est infiltré, dysphagie avec gonflement de la paroi latérale du pharynx. Soulagement après une expectoration de pus et de sang : la pression sur la paroi du pharynx fait sortir du pus par le plancher de l'antre. On enlève toute la pointe de l'apophyse au-dessous de laquelle on trouve une vaste poche s'étendant jusqu'au pharynx. Guérison rapide après curettage de la poche.

Le quatrième cas se rapportait à une otite moyenne aiguë av

tous les symptômes d'un abcès rétro-pharyngien; l'antre était rempli de pus et de granulation et une fistule conduisait directement de l'antre au tissu cellulaire de l'espace rétro-pharyngé. Guérison.

L'auteur passe en revue les diverses conditions dans lesquelles ces abcès rétro-pharyngiens peuvent se produire : pénétration dans les fosses cérébrales moyenne et postérieure et issue par le foramen ovale ou le trou déchiré postérieur (Kessel); échappement direct du pus par les parois de la mastoïde, surtout l'antérieure (Bezold), ou par la suture occipito-mastoïdienne (de Quervain); pénétration du pus par les tissus mous qui entourent la trompe et par le canal du tenseur du tympan (Hang), etc.

M. LANNOIS.

II. — *NEZ ET SINUS*

Empyème aigu de l'antre d'Highmore, par Wladyslaw Wroblewski, de Varsovie (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol., X, fasc. 1, p. 52, 1900).

Observation I. — Homme atteint depuis longtemps d'obstruction nasale; le cornet moyen gauche polypeux remplit la narine et l'auteur l'enlève au moyen de l'anse galvanocaustique; cinq jours plus tard, l'opéré souffre de toute la moitié gauche de la tête et de la face, du pus s'écoule abondamment par la narine gauche et l'obscurité de la joue et de l'œil est complète à la transillumination.

Dans l'espace de dix jours, tous les accidents avaient disparu.

Obs. II. — Homme de 28 ans, atteint de rhino-pharyngite chronique, de catarrhe nasal avec hypertrophie des cornets; depuis huit jours, douleurs vives dans la joue droite et dans l'œil, écoulement de pus par le nez; obscurité à la transillumination. Le patient est de plus syphilitique et en mauvais état général; le traitement consiste en repos au lit avec compresses chaudes sur la joue et pommade cocaïnée; la guérison demande cinq semaines.

Obs. III. — Homme de 35 ans, pris, à la suite d'un grand refroidissement, de frissons, de fièvre et d'un rhume violent avec douleurs dans le nez, écoulement de pus fétide qui dure depuis trois jours. Un traitement très simple aboutit à la guérison en deux jours.

Obs. IV. — Homme de 34 ans, atteint d'otite moyenne ancienne et de suppuration nasale depuis six jours : comme dans le cas précédent il y a empyème aigu et le repos, les compresses, la pommade, amènent une prompte guérison.

Obs. V. — Homme de 37 ans, à chaque rhume un peu intense il est atteint d'empyème de l'antre d'Hygmore soit à droite, soit à gauche ; il en a eu une quinzaine déjà.

Dans tous ces cas il y a rhinite chronique et à l'occasion d'un refroidissement, l'inflammation envahit le sinus maxillaire ; même dans l'empyème post-opératoire les choses avaient marché normalement jusqu'à un jour où l'opéré surpris par une tempête, fut, mouillé jusqu'aux os ; dans une série d'autres cas l'empyème aigu se lie à la grippe, à la pneumonie, à la fièvre typhoïde, mais dans ces cas on ne songe au nez que plus tard, lorsque la maladie dominante n'occupe plus le premier plan.

Les personnes qui ont eu un empyème restent prédisposées à en contracter d'autres, ce qui paraît être dû à une disposition anatomique, une trop grande ouverture du sinus. Dans ces cas aigus la ponction exploratrice a toujours été inutile et la transillumination donnait au diagnostic une grande certitude. L'empyème aigu guérit en général spontanément ou par l'emploi de moyens fort simples : le repos, les compresses chaudes, le salicylate de soude, le salol, la quinine quand il y a des phénomènes généraux et quelques jours plus tard de l'iodure de potassium afin d'augmenter la sécrétion muqueuse et de la transformer rapidement. Vis-à-vis de l'empyème aigu le rhinologiste doit être tout bonnement médecin et ne pas pratiquer des ouvertures, laver, tourmenter et faire saigner les malades, ainsi que cela a souvent été recommandé. M. NAGEOTTE W.

Empyème des cavités nasales accessoires, par J. Wright (*New-York med. journal*, 28 juin 1900).

Wright étudie l'empyème des cavités nasales accessoires et rapporte 5 cas intéressant l'antre d'Highmore. L'un d'entre eux fut remarquable par l'intensité de la névralgie. Un autre, au contraire, faisait un contraste frappant par l'absence de tout phénomène subjectif.

Wright pense que les conditions anatomiques locales jouent grand rôle dans cette complication. Le cornet moyen est as souvent innervé de façon à ce qu'un gonflement même léger c ure l'orifice naturel du sinus. En cas de coryza intense, de grip[

la sinusite est alors fréquente. Sa guérison spontanée est à peu près impossible. A. F. PLICQUE.

Bacille de l'influenza dans le pus d'un empyème du sinus maxillaire, par MAX MOSZKOWSKI (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. X, fasc. II, 1900).

Le rôle de l'influenza dans l'étiologie de l'empyème ne fait plus de doute, mais la présence du bacille pathogène dans le pus de l'empyème vient d'être établie pour la première fois par l'auteur chez un malade de la clinique du Prof. Fränkel. Il se présente avec un empyème grippal typique et guérit sans incidents par l'emploi de quinine et de compresses chaudes. Dans les cultures faites avec le pus le bacille de Pfeiffer se trouva en abondance, à côté du staphylo, du strepto et du diplococcus ; des trois plaques ensemencées avec la même anse de platine, la dernière était surtout chargée de ce bacille grippal, les premières en offrant peu de colonies.

M. NAGEOTTE W.

Etiologie et thérapeutique des suppurations du nez et de ses sinus : importance du régime et de l'hygiène, par C. ZIEM (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 341, 1900).

L'auteur revient sur les idées qu'il a déjà défendues il y a quelques années ; on néglige maintes causes communes des rhinites et on intervient opératoirement avec trop de facilité. Parmi les causes souvent négligées sont la carie dentaire, les habitations humides, l'abus du tabac et de l'alcool et le refroidissement ; l'auteur insiste longuement sur ces différents éléments étiologiques et son article est émaillé d'observations pratiques et suggestives impossibles à résumer. M. NAGEOTTE W.

Une nouvelle aiguille pour la ponction du sinus maxillaire, par STAN. VON STEIN, de Moscou (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 365, 1900).

Quatre figures montrent l'aiguille adoptée par l'auteur et la manière de pratiquer la ponction ; cette aiguille est beaucoup plus recourbée que les modèles généralement usités et sa courbure a été déterminée par des expériences cadavériques.

M. NAGEOTTE

La terminaison de l'empyème aigu par la caséification, son importance clinique et ses chances de guérison, par Avellis, de Frankfurt (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. X, fasc. 2, 1900).

L'empyème aigu du sinus maxillaire peut, comme tout abcès, se terminer par résorption, par évacuation spontanée ou artificielle, ou bien enfin par caséification ; cette dernière éventualité a été observée en effet, mais jusqu'ici elle n'a pas été étudiée ni décrite systématiquement ; elle n'est cependant pas très rare et cette sorte d'empyème présente une physionomie bien spéciale.

Observation I. — Femme atteinte depuis plusieurs années de rhinite fétide ; l'examen local fait reconnaître du pus fétide dans le méat moyen droit et l'auteur propose la ponction du sinus ; la malade refuse et ne se décide à subir le traitement que neuf mois plus tard. A l'aide de « pas mal d'énergie et de quelque peu de grossièreté » l'auteur finit par imposer la trépanation par voie alvéolaire sans anesthésie générale ; il s'échappe un pus caséeux, horriblement fétide, non mélangé de mucus. Après cela l'auteur ordonne des lavages fréquents et pronostique une guérison probable au bout d'un an peut-être. Mais deux jours plus tard il n'y avait plus de pus et il n'en est jamais revenu, l'opération datant déjà de plusieurs années.

Obs. II. — Homme de 30 ans, atteint d'asthme nerveux depuis neuf ans et de rhinite fétide depuis peu. Un empyème ayant été reconnu, l'auteur opère comme ci-dessus, mais pendant un bon moment il est impossible de faire pénétrer quoi que ce soit dans le sinus et il ne s'en écoule rien, malgré toutes sortes de manœuvres. Brusquement un obstacle disparaît et il s'écoule une quantité de matière putride, caséeuse. Comme dans le premier cas la guérison fut l'affaire de peu de jours. Le pus se présenta au microscope comme un amas de cellules en dégénérescence graisseuse et très peu de globules de pus.

Obs. III. — Due à Hajek. Empyème caséeux bilatéral, consécutif à l'influenza ; un sinus peut être lavé par son orifice naturel; l'autre par le méat inférieur. L'auteur fait observer que « par extraordinaire ce seul lavage fit cesser la suppuration et rendit tout traitement ultérieur inutile », quoique l'empyème eut du- depuis cinq semaines.

Ces observations permettent de dire qu'il ne s'agit pas là d'al cès devenus chroniques ; il n'y a pas de surface continuant à s créter du pus. C'est du pus mort qui joue uniquement un rôle corps étranger, d'où guérison immédiate aussitôt ce corps étra

ger éloigné. On s'explique aussi l'absence de symptômes subjectifs pénibles, excepté la fétidité extrême du pus qui s'écoule en petite quantité par la narine. M. NAGEOTTE W.

III. — *LARYNX*

Extraction d'un corps étranger de la bronche par trachéotomie intra-thoracique, par MILTON H. (*Lancet*, 26 janvier 1901).

Le patient était un fellah, âgé de 40 ans, qui avait subi, quelques années auparavant, la trachéotomie pour rétrécissement syphilitique du larynx.

Quelque temps avant sa réadmission, la partie tubulaire de la canule externe en argent s'était séparée de la plaque et était tombée dans la trachée.

Le malade ne semblait nullement incommodé, sauf une légère douleur localisée derrière le sternum. Aucun signe physique. Avec le miroir laryngien, on ne voyait rien au-delà de la sténose laryngée.

Un long stylet d'argent introduit par la plaie trachéale jusqu'à la bifurcation ne donna d'abord aucun renseignement ; une fois, cependant, en inclinant à droite, comme pour entrer dans la bronche droite, on produisit un son métallique entendu par les assistants. Les jours suivants, on fit un grand nombre de tentatives pour extraire le corps étranger avec des pinces variées, crochets mousses, frondes, éponges montées, tout cela en vain, le patient étant fréquemment mis la tête en bas. Puis le malade fut laissé tranquille pendant quelques jours. La température commença à s'élever, il se mit à tousser et à cracher du pus fétide, râles humides dans la partie inférieure du poumon droit. La gravité de son état fut exposée au patient.

Trois voies étaient possibles pour extraire le corps étranger : cervicale, médiastinale antérieure, médiastinale postérieure.

La voie cervicale était déjà ouverte, et tous les efforts pour en tirer parti avaient été infructueux.

Des deux voies médiastinales, la postérieure semblait présenter plus de difficultés techniques et offrir moins de chances d'atteindre le corps étranger. Il fut décidé de suivre la voie antérieure.

L'opération est ensuite décrite. Le malade mourut deux jours après.

Autopsie. — Infiltration septique du médiastin antérieur ; pneumonie au début bilatérale.

Aucune mention n'est faite de l'emploi des rayons Rœntgen, non seulement pour diagnostiquer la présence du corps étranger, mais aussi pour localiser sa situation exacte et diriger sur l'écran les instruments introduits par la plaie trachéale.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Etude clinique des névroses de la glotte, par ERNST BARTH, de Breslau, (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. XII, fasc. 2, 1900).

1° *Paralysie aiguë bilatérale et transitoire des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs au cours d'une thyroïdite aiguë bilatérale.* — Le fait a été observé chez un réserviste à la suite d'une marche forcée. Dans l'espace de quelques heures, on vit se tuméfier son corps thyroïde avec tension de la peau, dyspnée, cyanose. L'examen du larynx montra les cordes vocales très rapprochées, ne s'écartant que de 1 à 2 millimètres dans l'inspiration, tandis que la phonation était normale. Cet état dura quelques jours, puis la thyroïde désenfla pour laisser voir un petit goître kystique, tandis que les mouvements des cordes vocales reprirent toute leur amplitude.

2° *Paralysie récurrentielle complète bilatérale.* — Il existe en tout une douzaine de cas de cette espèce. Chez un homme de 54 ans, l'auteur vit survenir graduellement des signes de compression œsophagienne et trachéale en même temps qu'une paralysie de plus en plus complète de la glotte; les cordes vocales excavées se trouvaient dans la position dite cadavérique, distantes de 3^{m},5 et absolument immobile malgré tous les efforts de phonation, de toux et d'inspiration. A l'autopsie, on trouva un cancer de l'œsophage ayant enserré la trachée, les deux récurrents englobés et détruits dans la tumeur, les nerfs laryngés supérieurs tous deux intacts.

Il résulte de ces deux observations que, dans la compression progressive des récurrents, les crico-aryténoïdiens postérieurs sont paralysés les premiers et que la paralysie étant devenue complète, les muscles cricothyroïdiens conservés ne parviennent nullement à tendre les cordes vocales.

3° *Paralysie complète du récurrent gauche par suite d'un goît[re] gauche, guéris par la thyroïdine.* — Jeune homme de 18 ans d[e]venu enroué, puis aphone dans l'espace de huit jours. Au laryngoscope, on voit la corde vocale gauche en position cadavériqu[e] et tout à fait immobile. La cause de cette paralysie a été, en réalité impossible à trouver et les divers traitements, suivis pendant plu-

sieurs mois, n'ont rien donné. Le corps thyroïde était situé très bas, au niveau du sternum, avec de la prévention on pouvait peut-être trouver le lobe gauche plus résistant que l'autre, les rayons Rœntgen donnaient une ombre vague derrière l'articulation sterno-claviculaire gauche. Bref, en désespoir de cause, on se demanda s'il n'y avait pas compression du récurrent par une thyroïde tuméfiée, peut-être par le thymus. La thyroïdine, en effet, amena rapidement une amélioration et, au bout de cinq mois, la guérison complète.

4° *Spasme fonctionnel phonatoire de la glotte, résultats des exercices de phonation.* — Jeune homme de 20 ans, ne présentant pas de signes d'hystérie, est pris d'une douleur violente dans un genou sans aucun symptôme objectif; il reste alité durant plusieurs semaines, et la guérison survient graduellement, nullement influencée d'ailleurs par la thérapeutique très variée; après quelques jours de bonne santé, la même histoire se reproduit à la même jointure pour se terminer de même; le patient n'éprouve rien d'anormal pendant quelques semaines, puis un matin il se réveille enroué et bientôt il est aphone. Le larynx paraît normal quand le patient respire doucement, mais, au moindre effort, soit qu'il essaie de respirer plus profondément, soit qu'il s'agite un peu, les cordes vocales se mettent à exécuter des mouvements convulsifs d'adduction. Aussitôt qu'il essaie d'émettre un son, les cordes vocales supérieures et inférieures se rapprochent violemment et les contractions les plus énergiques du cou, du ventre n'arrivent pas à faire passer l'air à expirer, d'où aphonie complète ; quand le patient arrive à se calmer, à modérer ses efforts, il réussit parfois à émettre une syllabe unique d'un son rauque. Les traitements appliqués durant six mois étant restés sans effet, l'auteur eut recours à l'éducation de la voix ; il apprit d'abord au patient à expirer tranquillement avec bruit, la glotte largement ouverte ; puis il arriva à chuchoter de même, sans se contracter, ensuite il put dire plusieurs syllabes rauques sans contracture et il y a ainsi quelque espoir pour l'avenir de cette affection si rebelle.

M. NAGEOTTE W.

Contribution à l'étude des anévrysmes intrathoraciques avec examen aktinoscopique, par GLATZEL (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. XI, fasc. 1, 1900).

Cinq observations personnelles détaillées, avec huit photographies Rœntgen et des tracés sphygmographiques ; l'auteur étudie

en particulier la valeur symptomatique des pulsations que l'on peut observer en différents points des voies respiratoires par l'examen laryngoscopique et le palper. M. NAGEOTTE W.

Un nouveau porte-tampon pour le larynx, par Edmond MEYER, de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. X, fasc. 3, 1900).

Le nouvel instrument permet d'enlever le tamponnet d'ouate souillée sans y toucher avec les doigts, ainsi que le montre la figure jointe à la description. Fabriqué par Kirschmann. Johannisstr., 14, Berlin. M. NAGEOTTE W.

Solution de lysol pour empêcher le ternissement du miroir laryngé, par RUPRECHT, d'Iéna (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 240, 1900).

L'auteur se sert, à la clinique du Prof. Kessel, d'une solution de lysol à 1/2 °/₀ dans laquelle on laisse tremper et dans laquelle aussi on fait bouillir les miroirs ; la couche de lysol recouvre uniformément le miroir qui se conserve parfaitement clair pendant l'examen, ce qui est infiniment plus sûr et plus propre que le chauffage du miroir et les essais de sa température sur le dos de la main. M. NAGEOTTE W.

IV. — *BOUCHE ET PHARYNX*

Nouvelle contribution à la pathologie de l'œsophage, par W. FLEINER (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 529).

Les malformations congénitales de l'œsophage, ses dilatations fusiformes et sacciformes, ont été observées par l'auteur dans une trentaine de cas ; les premières observations étaient des trouvailles d'autopsie, mais les dilatations ont pu être depuis étudiées en détail sur le vivant, et l'auteur en donne une description complète, avec un certain nombre de figures. Le plus souvent fusiforme, régulière, la dilatation siège juste au-dessus du cardia et peut atteindre les dimensions d'un poing, mais la forme peut être irrégulière, rappelant absolument celle des diverticules inférieurs ; elle peut même reproduire l'aspect d'une vessie à colonnes pa suite de la distension de la paroi entre les faisceaux musculair dissociés ; il peut enfin exister plusieurs poches superposées, c qui cadre bien avec le développement de l'œsophage au dépe d'un tube primitivement moniliforme.

La dilatation congénitale reste souvent latente très longtemps, parfois toute la vie durant, mais elle peut aussi se manifester dès l'enfance et à tout âge par des phénomènes d'étranglement pour ainsi dire, d'arrêt des aliments dans le sac ; lorsque la distension est modérée au moment où se produit l'arrêt, elle se traduit par une sensation de poids derrière le sternum, mais de vives douleurs surviennent si le malade continue à avaler des aliments, à moins que le contenu du sac ne soit évacué dans l'estomac ou régurgité en tout ou en partie.

Parfois la regurgitation partielle et élective devient habituelle, sorte de rumination; il y a des cas aussi où la poche préstomacale ne se vide que pendant le sommeil et, chez un enfant, les liquides pénétraient dans les voies respiratoires et donnaient lieu à des accès de toux nocturne dont la nature n'a pas été reconnue facilement. Des accidents fort pénibles accompagnent l'incarcération des aliments dans une dilatation à parois altérées, irritées par autodigestion de la muqueuse, état qui, à son tour, provoque un spasme du cardia et de l'orifice supérieur de la dilatation. L'auteur rapporte quelques observations très instructives de malades, qui ont été longtemps suivis. Le traitement consiste dans le cathétérisme de l'estomac, le lavage de l'œsophage, de sa poche et de l'estomac, l'alimentation par la sonde, afin de permettre à la dilatation de revenir sur elle-même. Sans obtenir une guérison complète, la disparition de la poche, on arrive ainsi à rendre les malades, débilités par l'inanition, à la santé et à leur permettre de se nourrir ensuite normalement, quitte à revenir à la sonde de temps en temps. M. NAGEOTTE W.

Le diagnostic œsophagoscopique des diverticules de l'œsophage, par KILLIAN (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 112).

L'auteur a réussi à faire l'examen œsophagoscopique complet dans deux cas de diverticules œsophagiens; il a pu pénétrer d'abord dans le diverticule jusqu'au fond, puis, en retirant l'instrument, l'arrêter à l'entrée du sac et mesurer ainsi sa profondeur; ensuite l'œsophagoscope a pu être poussé dans l'œsophage, ce qui est plus difficile, car sa lumière est oblitérée par un gros repli de la paroi, tandis que l'entrée du diverticule est béante. Le diagnostic peut d'ailleurs être fait avec certitude même lorsqu'on ne réussit pas à pénétrer dans l'œsophage au-dessous du sac diverticulaire ; c'est que le siège du diverticule est à peu près mathématique, son entrée à 17 centimètres de l'arcade dentaire et le fond à 20, 21 ou

22 centimètres. On vide le sac très commodément à l'aide d'un tube relié à une pompe aspirante; ce tube passe par l'œsophagoscope et sert à débarrasser l'œsophage des mucosités qui gênent l'examen. M. NAGEOTTE W.

L'électrolyse dans le traitement de la sténose cicatricielle de l'œsophage, par SLETOW et POSTNIKOW, de Moscou (*Wratch*, 1901, p. 14).

OBSERVATION I. — Un homme de 28 ans avale un petit verre d'ammoniaque; cet accident est suivi d'un rétrécissement progressif de l'œsophage, si bien qu'au bout de deux mois aucun aliment, même liquide, ne pouvait passer. Le cathétérisme simple n'ayant pas donné de résultat, on eut recours à l'électrolyse, mais la plus petite olive (nº 30 de Charrière) ne put passer, quoi qu'ayant été maintenue en place durant cinq minutes avec un courant de 7 milliampères. Quelques heures plus tard, souffrant profondément dans la poitrine, le malheureux affamé essaya, sans espoir, d'avaler une petite gorgée de lait le liquide ne fut pas rejeté et un verre entier fut avidement bu. Les jours suivants, il but des quantités de plus en plus considérables de lait sans éprouver autre chose qu'une brûlure localisée. Cinq jours après la première électrolyse, on passa, sans effort, des olives de 1/2 centimètre et d'un centimètre de diamètre. L'olive de 1 centimètre 1/4 passa après deux minutes d'électrolyse et le malade put bientôt reprendre son travail. A la suite d'une électrolyse avec une olive de 2 centimètres et un courant de 10 milliampères, il y eut de la douleur et une rechute passagère — il y eut évidemment cautérisation, escarre et nouvelle cicatrice, mais de nouvelles séances remirent les choses en ordre — il y eut en tout six électrolyses. La déglutition resta normale jusqu'à la mort du patient qui survint un an plus tard dans un accès de delirium tremens.

OBS. II. — Femme de 30 ans, atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage à la suite d'une brûlure causée par l'ammoniaque; dix jours après l'accident, les liquides passaient à peine; en même temps la voix allait s'affaiblissant pour aboutir à l'aphonie; mais quelques séances de faradisation rétablirent les fonctions des cordes vocales, ce qui induisit en erreur les médecins de l'hôpital qui supposèrent un rétrécissement spasmodique de l'œsophage et usèrent, durant des mois, de narcotiques, de l'hydrothérapie, de l'électrisation, sans aucun effet. Au bout de cinq mois, la malade, complètement épuisée, ne se levait plus; le diagnostic de rétrécisse-

ment cicatriciel infranchissable était établi enfin et on arriva à grand'peine à faire passer des bougies jusqu'à celle de la grosseur d'un crayon; la malade avalait des aliments liquides et des bouillies et le traitement fut interrompu pendant un mois, au bout de quelque temps tout le bénéfice du traitement fut perdu. Les bougies furent reprises et les choses traînèrent ainsi pendant un an. A cette époque le Prof. Fort, de passage à Saint-Pétersbourg, vit la malade qui le suivit à Paris, où elle subit l'électrolyse linéaire en dix séances, puis la dilatation sous chloroforme. Elle était arrivée à manger de tout et reprit le chemin du pays avec l'assurance que le résultat acquis ne pouvait être perdu cette fois. Mais, à Berlin, déjà la déglutition recommença à s'embarrasser et la malheureuse alla trouver le Dr Nasse, assistant du Prof. Bergmann, lequel lui expliqua que l'électrolyse cautérisait la cicatrice et en entraînait une nouvelle qu'on ne pouvait par conséquent rien attendre de cette méthode.

Rentrée chez elle, la malade a vécu deux ans en recourant toujours aux bougies, très insuffisamment nourrie de liquides.

L'électrolyse olivaire fut commencée à ce moment; cinq séances, faites dans l'espace d'un mois, amenèrent une guérison apparemment complète, c'est-à-dire que la malade mangeait absolument de tout et déclarait tout traitement ultérieur inutile ; la dernière olive employée avait 2 centimètres de diamètre et la force du courant de 10 milliampères.

Voici la manière d'appliquer l'électrolyse olivaire : une large électrode, appliquée sur le dos ou la poitrine, est réunie au pôle positif; le négatif est relié à un fil de cuivre isolé, terminé par un pas de vis qui permet d'adapter des olives en cuivre, nickelée ou argentée allant de 1/2 centimètre à 2 centimètres de diamètre. L'olive arrivée au contact du rétrécissement, on ferme le courant et on laisse en place le temps nécessaire pour que l'olive traverse la sténose de 1/2 à 5 minutes, avec un courant de 5 à 10 milliampères. La douleur causée par l'électrolyse est insignifiante. Le mode d'action ne peut être que la destruction, la saponification des tissus néoformés par les alcalis à l'état naissant qui se dégagent au pôle négatif. M. NAGEOTTE W.

Trois cas de corps étrangers de l'œsophage. Trachéotomie et œsophagotomie dans un cas, par H. L. Maitland (*Austral. med. Gaz.*, novembre 1899, in *Laryngoscope*, mars 1900).

1° Femme de 29 ans, ayant avalé, quatre mois auparavant, un

fragment de dentier, dont on ne put localiser le siège par la radiographie.

Dyspnée intense, cyanose et crachats muco-purulents abondants. Le corps étranger était implanté dans l'œsophage à l'opposé du cartilage cricoïde. La trachéotomie basse procura un soulagement immédiat. On pratiqua ensuite l'œsophagotomie et on retira la pièce dentaire. La plaie demeura béante et on la pansa avec de la gaze iodoformée. Guérison en cinq semaines.

2° Enfant de huit mois, ayant ingéré une épingle de sûreté. On ne trouva rien dans la gorge ; par la radiographie, on découvrit le corps étranger dans l'œsophage, à environ un pouce au-dessous du niveau du cran sternal.

Vu la position de l'épingle ouverte et ayant la pointe en l'air, on décida de la repousser dans l'estomac sous le chloroforme à l'aide d'une bougie de lin de Belfast. L'enfant n'eut aucun accident et rendit au bout d'un mois le corps étranger par la voie intestinale.

3° Mineur de 34 ans, porteur d'un abcès du volume d'une petite orange sur le côté gauche du cou, à peu près au niveau du cartilage cricoïde. Il raconte avoir avalé, trois semaines avant, une épingle de sûreté, et son cou commença à gonfler trois jours après.

Petite incision le long du bord postérieur sterno-mastoïdien où l'abcès pointait. On put aisément extraire l'épingle après l'incision. Tamponnement de la plaie avec de la gaze. Guérison en un mois.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Un cas de phlegmon chronique progressif provoqué par le diplocoque de Frænkel et secondaire à une angine, par J. Jundell et F. Svenson (*Nordiskt. med. Ark.*, section I, fasc. 1, n° 5, 1901).

Femme de 29 ans, bien portante, atteinte d'une violente angine pseudo-membrane avec œdème prononcé des amygdales et de la luette affectant aussi la région externe du cou. L'œdème se propage peu à peu et la fièvre persiste ; au bout de deux mois, la lésion du cou disparaît sans avoir provoqué d'abcès, mais simultanément est apparue une affection similaire sur la partie inférieure du sternum n'ayant aucun rapport visible avec l'œdème du cou ; un mois plus tard, on observe un abcès sous-cutané sur le sternum qu'il faut inciser. Absence de bacilles diphtériques. Une incision pratiquée sur la luette œdématiée a livré passage à du liquide séreux. Des cultures sur sérum et sur agar demeurent stériles, mais

ultérieurement, on rencontra le diplocoque de Frænkel dans le pus provenant de l'abcès. Les auteurs attribuent la maladie à la présence des pneumocoques qui perdirent de leur virulence après la première période et entretinrent une inflammation persistante mais faible. J. MOELLER.

Traitement de la pharyngite latérale par l'électrolyse, par J. DERENBERG, de Berlin (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. XI, fasc. 2, 1900).

L'auteur a traité, par ce procédé, 7 cas à la clinique du Prof. Fränkel ; le pharynx est cocaïnisé, puis l'aiguille nasale bipolaire est enfoncée dans un des cordons latéraux tuméfiés ; à la première séance, le courant est de 15 milliampères et la durée de la séance de 1 minute, les séances suivantes sont plus longues et le courant employé plus fort ; elles se font avec des intervalles de huit jours environ de manière à laisser s'éteindre toute irritation précédente ; on vient à bout de la pharyngite latérale hypertrophique en une moyenne de sept séances ; les granulations isolées sont très facilement détruites. M. NAGEOTTE W.

Certaines formes du palais et leur production, par ALKAN, de Leipzig (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, vol. X, fasc. 3, 1900).

L'auteur a étudié, mensuré le palais du nouveau-né, de l'enfant et de l'adulte normaux, le palais pathologique de l'enfant et de l'adulte, les rapports entre la forme du palais et la configuration du crâne, enfin les anomalies dentaires dans leurs relations avec les anomalies du palais et des maxillaires ; le travail est riche en schémas, en chiffres, en tableaux de mensurations et en formules.
M. NAGEOTTE W.

De la diphtérie tardive dans le nasopharynx, par ESCHWEILER (*Münch. med. Woch.*, 1900, p. 568).

Le cas a été observé chez un enfant de 3 ans ; une huitaine de jours après la guérison d'une angine diphthérique, l'enfant se plaignit à nouveau d'un peu de mal de gorge, mais il n'y avait qu'une légère rougeur du pharynx et des amygdales ; la rhinoscopie antérieure était négative, la postérieure impraticable ; deux jours plus tard, une fausse membrane fut trouvée dans la narine droite enclavée entre le cornet inférieur et la cloison, mais on put l'enlever sans amener une goutte de pus, ce qui fit penser qu'elle

venait d'ailleurs. Un lavage boriqué, fait quelques jours plus tard, évacua du pus, des débris de fausses membranes provenant évidemment du naso-pharynx puisque le nez n'en contenait plus.

L'examen bactériologique confirma le diagnostic de diphthérie; l'état général de l'enfant avait été fort peu atteint et la température était restée normale.

M. NAGEOTTE W.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

La prochaine réunion de cette Société aura lieu à Bruxelles, le dimanche 1er juin.

Les titres des communications devront être adressés à M. le Dr Hennebert, directeur de la Société, avant le 15 mai.

BRITISCH MEDICAL ASSOCIATION

LXXVIIe réunion annuelle. Manchester, 29-30-31 juillet, 1er août 1902.

Section J : Laryngologie

La réunion de la Britisch medical association aura lieu cette année à Manchester les 29-30-31 juillet, 1er août. La section de Laryngologie sera présidée par le Dr Alexander Hodgkinson. Les sujets suivants ont été choisis pour être l'objet d'une discussion spéciale :

1° Diagnostic et traitement des corps étrangers des voies aériennes supérieures. — Rapporteur : Ph. Killian (de Fribourg) et le Dr John Macintyre (de Glascow);

2° Résultats éloignés des opérations radicales sur les sinus maxillaire et frontal. — Rapporteur Dr Lermoyez (de Paris) et Dr H. Tilley (de Londres);

3° La section de laryngologie se réunira à la section d'otologie pour discuter l'étiologie et le traitement des suppurations ethmoïdales et sphénoïdales. Rapporteurs : Dr Grunwald (de Munich) et le Dr Lambert Lack (de Londres).

Toutes les communications doivent être adressées. Dr E. S. Yonge, J St-Peter's Square, Manchester, et porter la mention : Section of Laryngology.

Par décision du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, en date du 18 avril 1902, le Dr Georges MAHU est désigné pour remplir, à partir du 1er mai, les fonctions d'assistant du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Ueber die operation der eiterizen sinusitis maxillaris mit besonderer Berücksichtigung der supraturbinalen Resektion (Siebenmann), par Hans EMMENEGGER. Bâle 1900, P. Schoch édit. Schaffouse.

Ueber einen Weiteren Fall von Spongiosirung der Labyrinth kapsel, mit dem klinischen Bilde der Sfapesankylose begrimend und infolge Hinsutretens von Nerventerändermogen (en cachexia carcinomatosa) mit Faubpeit endigend, par SIEBENMANN. Extrait de *Zeitsch. f. Ohrenh.* XXXVI, Band, Heft 4.

Ueber die fonctionnelle bedentung der fenestra rotunda (dissert. inaug.), par Adolf FRUTIGER Basel 1900 (J. F. Bergmann édit., Wiesbaden).

Ueber Ozaena, par F. Siebenmann. Extrait du *Correspondenz Blatt f. Schweitzer Aertze*, n° 5, 1900.

Untersuchungen uber die Embryonale membrana tectoria des mœrchweinchens (diss. inaug.), par Otto Rickenbabner (J. F. Bergmann, édit. Wiesbaden).

La médication arrhénique, par Armand Gautier. Mémoires présentés à l'Académie de médecine les 11 et 25 février 1902. Masson, édit., Paris.

Die otitischen Erkraukungen des Hirns, der Hishänti und der Blutleiter, par Otto Körner, préface par E. von Bergmann, Wiesbaden, 1902 (J. F. Bergmann, édit.).

Sinus et sinusites maxillaires, par J. de Croes, Paris, 1902 (Maloine, édit., 23-25, rue de l'Ecole de Médecine).

Leptomeningite e ascesso soprachnale mastoïdite primitiva da tifo : ascesso mastoïdeo con fistoles conduante nolla docua sigmoïden, par Dott. Boborne. Extrait de *broch. italienne d'otolog.* Vol. XII, fasc. 1, 1901.

Die Ozœna, par Wilhelm Grosskapff. Klin. Vertrüge aus dem Gebietr. der Otol. und Pharyngo. Rhin. Jena G. Fischer, éditeur, 1902.

Zur Pathol. und Anat. der Tanbstummheit, par Schwabach. Extrait de *Zeitschr. f. Ohrenheilk.* XLI, Band ; Heft 1, Bergman, Wiesbaden.

Twenty Fourth Annual Report of the presbyteman ege, eur and throat charity hospital John S. Bridger et C°, 15, South Charles Street, Baltimore, 1902.

Sikungs-Berichte der gesellschaft der Ungarischen Ohren ind Kehlkopfärtze Jahrgang, 1902, n° 4. Sitzung. vorn 10 Oktober 1901, Heraus gegeben von dem secretär der Gesellschafft. Dr Hugo Zwillinger, Budapest, VI, Adrany ut 18.

Congrès international des étudiants en médecine et des médecins, tenu en janvier 1902. Université de Liège. Compte Rendu. Poncelet édit., rue des Clarisses, Liège.

Deuxième Congrès international de médecine des Compagnies d'assurances, Amsterdam, septembre 1901. Des maladies de l'oreille considérées au point de vue de l'assurance sur la vie. Rapport présenté par le Dr H. Burger.

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXVIII. — N° 6. — Juin 1902.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

EMPLOI DU CHLORURE D'ETHYLE CHIMIQUEMENT PUR COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL

Par **Louis VACHER** (d'Orléans).

Le chlorure d'éthyle (chloréthane) est connu depuis longtemps en chirurgie comme anesthésique local, employé pur ou mélangé au chlorure de méthyle.

Au mois d'octobre 1901, j'ai fait, à la Société de médecine du Loiret, une communication sur son emploi, comme anesthésique général.

Depuis plus d'un an, je m'en sers journellement et c'est le résultat de mon observation que je viens vous soumettre aujourd'hui.

Il n'y a pas sept ans, si je me trompe, que Carlson, dentiste à Gothembourg, en pulvérisant du chlorure d'éthyle sur une gencive pour arracher une dent, détermina une anesthésie générale sans le vouloir.

L'année suivante, en 1896, eurent lieu les premiers essais sur l'homme par Thiesing.

Puis, en 1898, par Von Vacher d'Inspruck, qui l'employa beaucoup. D'après Fritz Kœnig (thèse inaugurale Berne, 1900) sous la condition que le chlorure d'éthyle soit administré mélangé à l'air, il n'est dangereux ni pour le cœur, ni pour le tonus vasculaire du lapin et du singe.

Il est moins dangereux que le chloroforme, soit pour le cœur, soit pour la respiration.

A. Pollosson, de Lyon, le premier en France, employa le chlorure d'éthyle pour la chirurgie générale ; Nové-Josserand pour la chirurgie infantile (Société de chirurgie de Lyon,

15 mai 1900). Depuis cette époque, la méthode s'est généralisée, presque tous les chirurgiens lyonnais et, à Paris, Hartmann, Richelot, Lejars, etc... y ont eu recours avec succès (renseignements tirés d'un article de Fromaget de Bordeaux).

Depuis ma communication à la Société de médecine du Loiret, l'emploi du chlorure d'éthyle est habituel à l'Hôtel-Dieu d'Orléans pour commencer les anesthésies qui doivent être continuées par le chloroforme.

On pourra aujourd'hui compter par milliers les cas de chirurgie spéciale ou générale dans lesquels il a servi.

Les résultats de ma pratique ont été toujours très satisfaisants. Chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et le vieillard, je l'ai employé sans avoir eu jamais la moindre alerte à enregistrer.

Le chlorure d'éthyle doit être employé chimiquement pur. En cet état, il se conserve indéfiniment à l'abri de l'air dans de petits récipients en verre.

On peut avoir chez soi, comme je le fais, un grand récipient en métal contenant un kilogramme de chlorure avec lequel on remplit de petits récipients, au fur et à mesure du besoin. Ces récipients doivent permettre la sortie du chlorure qui bout vers dix degrés, mais ne pas permettre l'introduction de l'air qui ne tarderait pas à en modifier la composition avec productions d'éléments toxiques. C'est dire qu'on ne peut avoir le chlorure dans des flacons bouchés à l'émeri ou au liège, à moins d'en user tout le contenu en une seule fois.

On peut employer le chlorure d'éthyle pour les opérations de courte et de longue durée.

Le meilleur procédé d'administration est celui préconisé par Rolland, de Bordeaux. On roule un mouchoir en cornet, et on le coiffe d'une feuille de papier fixée par une épingle.

Je remplace ordinairement cette feuille de papier par du taffetas gommé qui rend le cornet encore plus imperméable. On imbibe très rapidement cette compresse de quelques centimètres cubes de chlorure d'éthyle, puis on coiffe le nez e la bouche du patient avec ce cornet improvisé, appliqué bie exactement, en lui disant de respirer profondément par l bouche. En quinze à trente-cinq secondes, si le malade respir

bien, l'anesthésie est complète, avant l'apparition de la période de contracture.

Mais à ce moment, si l'on cesse le chlorure, l'anesthésie ne dure pas une minute, le réveil est très rapide. Si l'on continue, apparaît la période de contracture variable pour chaque individu et qui manque souvent.

En même temps, on note le myosis et l'abolition du réflexe cornéen. Quelques secondes encore, la résolution musculaire est complète, le malade ronfle, dort profondément ; on note de la mydriase, mais pas de cyanose. Il n'y a pas de trismus, comme on l'observe si souvent avec le bromure d'éthyle.

Cette anesthésie, obtenue au maximum en trente ou quarente secondes, dure de deux à quatre ou cinq minutes.

Si l'opération nécessite une narcose plus prolongée, dès que le malade commence à sentir, on peut lui redonner une nouvelle dose de chlorure en le surveillant très attentivement, même administrer plus tard une troisième dose si les deux premières n'ont pas été suffisantes.

Ce qui procure une anesthésie complète de dix à quinze minutes.

Je n'ai jamais atteint le chiffre de quinze minutes avec le chlorure seul. Le réveil est toujours très rapide, c'est le reproche que lui font les opérateurs qui préfèrent le bromure d'éthyle. Le malade, en revenant à lui, n'éprouve aucun malaise, les vomissements sont rares, pas de céphalée, d'anéantissement.

En quelques minutes, il peut marcher, je n'ai jamais observé de syncope ni d'hébétude comme après le bromure d'éthyle. L'action du chlorure d'éthyle est si rapide qu'il n'est pas nécessaire de se préoccuper de savoir si l'estomac est vide, ni de faire coucher le malade, mais il doit être complètement délacé, pour que la respiration ne soit gênée nulle part.

Le chlorure d'éthyle employé seul, de cette manière, suffit largement pour toutes les opérations courtes pratiquées dans l'oreille, dans les fosses nasales et dans le pharynx, telles que: paracentèse du tympan, ablation des osselets, curetage de la caisse, ouverture de furoncles du conduit ; ablation à l'ostéo-

tomie des cornets, crêtes de la cloison, etc... ablation des végétations adénoïdes et des amygdales.

Il abrège singulièrement la durée de l'anesthésie pour les grandes opérations.

Il y a déjà longtemps qu'un certain nombre de chirurgiens commencent les anesthésies au chloroforme par des inhalations de bromure d'éthyle.

La longue période d'excitation du chloroforme se trouve ainsi presque totalement supprimée. On obtient en moins de cinq minutes une anesthésie complète et durable, ce qui fait un quart d'heure de gagné.

Avec le chlorure d'éthyle, les avantages sont les mêmes et, comme je le disais, depuis huit mois, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le chloroforme commence presque toujours par le chlorure d'éthyle. Dans ma pratique, je n'y manque jamais. J'ai obtenu souvent la narcose complète en quatre minutes, quelquefois en trois. Jamais je n'ai dépassé six minutes. Je donne pendant trente à quarante secondes le chlorure d'éthyle seul, auquel je substitue rapidement une bonne dose de choroforme.

La période d'excitation est entièrement supprimée.

J'ai endormi, il y a quelques mois, un alcoolique pléthorique et cardiaque en six minutes. L'opération fut courte : huit minutes. Le réveil fut rapide, ni vomissements, ni céphalalgie, ni courbature. Le malade, quelques instants après, put regagner son lit tout seul, il n'eut pas de vomissements. Cet homme fut endormi une seconde fois, douze jours après : narcose en sept minutes, opération de même durée, réveil et suites semblables.

Lundi dernier j'ai fait deux évidements mastoïdiens. Il s'agissait d'un homme et d'une femme.

Chez la première j'ai obtenu la résolution complète en quatre minutes ; chez l'homme en cinq minutes, et, cependant, il est certainement alcoolique. Si l'on se fiait à l'anesthésie par le chlorure, on pourrait commencer une opération longue au bout de trente à quarante secondes, mais on ne tarderait pas à être interrompu par une courte période de sensibilité qui provient du temps que met le chloroforme à remplacer dans le cerveau le chlorure d'éthyle.

C'est pourquoi il est préférable d'attendre le moment de l'anesthésie complète et durable qui ne se produit qu'au bout de trois à quatreminutes.

Je devrais, dans cette courte note, étudier les complications qui se produisent avec le chlorure d'éthyle ; mais je n'en ai jamais observé. Je l'emploie toujours prudemment.

Quant au parallèle entre le bromure d'éthyle pur ou mitigé d'un dixième d'éther, et le chlorure d'éthyle, c'est une question encore à l'étude, car l'action de ces deux anesthésiques à beaucoup de ressemblance.

Le bromure d'éthyle est plus altérable, et provoque plus facilement de la cyanose et du trismus. Son action sur le bulbe est plus toxique, plus intense et plus durable ; il a donné lieu à des complications graves.

Au réveil, les malades soumis à son action conservent pendant quelques instants une hébétude, une prostration qu'on observe très rarement avec le chlorure ; mais le chlorure a une action quelque fois trop courte, qui laisse à peine le temps d'opérer.

Le bromure s'élimine en quarante-huit heures pendant lesquelles l'haleine des malades a l'odeur fortement alliacée, tandis que le chlorure s'élimine beaucoup plus rapidement, sans modifier sensiblement l'odeur de l'haleine.

Au point de vue opératoire, si le bromure a l'avantage de prolonger de quelques minutes l'action anesthésique, il a l'inconvénient de se prêter moins facilement à l'administration d'une deuxième et d'une troisième dose.

Enfin, au point de vue de l'anesthésie générale les chloroformisations commencées par le chlorure sont moins souvent suivies de troubles gastriques, parce que leur durée est moins longue, et que la quantité de chloroforme absorbée est certainement beaucoup moins considérable.

Je ne veux donc pas conclure que le chlorure d'éthyle est appelé à remplacer le bromure. J'ai simplement voulu, dans cette note, exposer les résultats que j'ai obtenus en l'employant.

II

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DES CELLULITES MASTOIDIENNES POSTÉRIEURES [1].

Par J. **TOUBERT**, Médecin major de l'armée, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Sous le nom de cellulites mastoïdiennes postérieures, il faut entendre les infections intra-osseuses développées dans les cellules placées en arrière de l'antre. Les cellulites des cavités dites limitrophes du conduit, celles de la pointe de la mastoïde ne rentrent pas dans cette catégorie.

Bien que cette variété de cellulite ait pu être considérée comme rare, il y a seulement quelques années, les cas se sont multipliés en peu de temps, au fur et à mesure que la question était mieux étudiée. Mais la plupart des diagnostics ont été jusqu'ici des surprises d'intervention ou même d'autopsie. Il y a lieu de se demander si l'examen des dix faits qu'il nous a été possible de recueillir permet de trouver des signes de diagnostic assez précis pour entraîner à l'avenir, sinon la certitude absolue, du moins une présomption suffisante.

Nous croyons le diagnostic possible avant l'intervention : sur trois faits observés à la clinique otologique du Val-de-Grâce, on a pu faire une fois un diagnostic de certitude et une

(1) Communication faite à la Société française de laryngologie, otologie, le 5 mai 1902.

fois un diagnostic de probabilité, après avoir la première fois méconnu la localisation exacte de la lésion.

*
* *

Comme toujours, l'anatomie et la clinique se sont prêté un mutuel appui, dans la recherche des signes révélateurs de l'affection.

Tant que l'anatomie de ces cellules postérieures s'est bornée à de simples indications, leur pathologie est restée peu connue. Le livre de Politzer (1) donne seulement une figure, l'article de Siebenmann dans le traité de Bardeleben (2) indique ces cellules en quelques lignes ; l'importante monographie de Mignon (3) ne fournit qu'une brève description anatomique, mais la fait suivre d'une observation clinique due à Huntington Richard. La communication de Lombard (4) au Congrès international de 1900 se borne à signaler les cellulites postérieures. Au même congrès, Laurens (5), Taptas (6) rapportent des faits personnels intéressants, mais qui passent inaperçus sans doute, puisqu'ils ne sont point signalés dans tous les travaux ultérieurs. En vérité, c'est surtout à partir de l'observation de Moure et Lafarelle (7) que l'étude de la question se complète et se coordonne. Une série de publications de Stanculeanu et Depoutre (8 9 10), deux observations personnelles, dont une encore inédite (11 12 14), une communication de notre maître M. le professeur Chavasse (13), se sont succédé en quelques mois. On trouvera ces faits cliniques rassemblés à la fin de ce travail. Nous leur demanderons de concourir à mettre au point la question du diagnostic, à laquelle nous désirons apporter aujourd'hui notre contribution.

*
* *

Des éléments de diagnostic peuvent être demandés :

1° à l'anatomie ;

2° à l'étiologie ;

3° à l'évolution clinique : symptômes généraux, symptômes locaux, complications ;

4° à l'intervention (diagnostic tardif) ;

5° à l'autopsie (diagnostic rétrospectif).

1° L'ANATOMIE NORMALE de la région mastoïdienne postérieure, à laquelle le mémoire de Stanculeanu et Depoutre ([10]) a apporté une très importante contribution (examen de cent temporaux de sujets âgés de 8 mois à 93 ans), nous apprend un fait très intéressant. C'est que les cellules postérieures réparties, — un peu schématiquement peut-être, — en trois groupes, postéro-supérieur, postérieur et postéro-inférieur, se rencontrent, soit à l'état de groupe unique isolé (40 fois), soit à l'état de groupes réunis par deux ou par trois (12 fois), sur la moitié environ, exactement 52 °/₀ des temporaux examinés, le groupe postéro-supérieur à peu près deux fois plus fréquent (27 °/₀) que le postérieur (13 °/₀) ou le postéro-inférieur (12 °/₀).

De cette constatation anatomique découle cette déduction clinique que *la moitié des antrites peuvent se compliquer de cellulite postérieure.* Si cette complication est rarement observée, cela tient vraisemblablement à ce que dans la très grande majorité des cas (46 sur 52) les groupes cellulaires communiquent avec l'antre et que très exceptionnellement il existe un pont de séparation osseux de 2 ou 3 millimètres à 1 centimètre : le drainage spontané des cellules par l'intermédiaire de l'antre permet sans doute dans ces nombreux cas la guérison de la cellulite en même temps que celle de l'antrite, avec ou sans trépanation. Néanmoins le clinicien doit garder présentes à l'esprit ces notions anatomiques, afin de ne point s'exposer à faire par oubli un diagnostic incomple, sinon erroné.

2° L'ÉTIOLOGIE donne des renseignements de peu de valeur au point de vue du diagnostic. Le développement des cellulites est indépendant de l'âge et du sexe des sujets : il suffit de lire les dix observations réunies plus loin pour s'en convaincre : les descriptions anatomiques de Stanculeanu et Depoutre ([10]) le faisaient d'ailleurs prévoir. La cause de l'otite, son ancienneté n'ont guère plus d'influence sur le développement des cellulites. Bien que Lombard ([4]) les déclare beaucoup plus

communes dans les mastoïdites chroniques, nous constatons qu'elles ont succédé à des otites et mastoïdites aiguës dans tous les cas que nous relatons, sauf un ([13]).

3° L'ÉVOLUTION CLINIQUE fournit des éléments de diagnostic de valeur très différente, selon qu'il s'agit de signes généraux ou de signes locaux.

Au point de vue général, la lecture des observations nous apprend que la cellulite évolue tantôt avec fièvre, tantôt sans fièvre, que l'état du sujet est tantôt très mauvais (Moure et Lafarelle, Stanculeanu et Depoutre), tantôt à peine atteint (Toubert, 1er cas; Chavasse) et que le plus souvent l'anorexie, l'insomnie, quelques frissons, un état douloureux diffus particulier sont les seuls symptômes signalés.

Au point de vue local, les renseignements peuvent, quelquefois mais non toujours, être plus précis.

L'examen otoscopique, qui donne des signes presque pathognomoniques (déformation et plus tard fistules du conduit osseux) dans les cas d'infection des cellules limitrophes, ne saurait fournir, on le conçoit aisément, pas même des signes de présomption pour les cellulites mastoïdiennes postérieures.

La localisation de points douloureux osseux aux lieux d'élection, c'est-à-dire à la partie postérieure de la mastoïde, est un bon signe, malheureusement inconstant. Elle est notée dans les cas de Huntington Richard, de Bourgeois et Depoutre, de Chavasse, et dans nos deux cas personnels; mais dans les cinq autres cas la douleur a fait défaut ou bien elle a été localisée sur la région de l'antre ou à la racine de l'arcade zygomatique (Lermoyez) ou à la tempe et à la pointe de la mastoïde, comme dans notre second cas. Or, absence de douleur ne signifie pas absence d'ostéite (l'existence de mastoïdites latentes suffit à le prouver) et localisation de la douleur ailleurs qu'à la partie postérieure de la mastoïde signifie soit simple irradiation, soit antrite ou encore cellulite périantrale, ou enfin cellulite de la pointe, ces diverses lésions pouvant d'ailleurs coexister.

La localisation de la tuméfaction des parties molles est un signe de valeur : c'est elle qui a permis le diagnostic dans les cas où il a été fait, soit comme diagnostic de certitude, soit

comme diagnostic de probabilité. Il est vrai qu'elle peut manquer (Moure et Lafarelle, Stanculeanu et Depoutre) ou être minime (Bourgeois et Depoutre) dans les cellulites mastoïdiennes postérieures, alors qu'elle existe dans le simple adéno-phlegmon au début. Quant à ses sièges multiples, simultanés ou successifs (cas de Lermoyez et 2e cas de Toubert), ils indiquent sans doute des foyers cellulaires multiples intra-osseux, susceptibles d'ailleurs de guérir, grâce à l'évacuation spontanée du pus par l'intermédiaire de l'antre.

En définitive, il faut surtout retenir que la localisation de la douleur ou de l'œdème ou du pus à la partie postérieure de la surface de la mastoïde doit appeler l'attention sur la possibilité, sur la probabilité de l'existence d'une cellulite mastoïdienne postérieure.

L'apparition de *complications endocrâniennes* peut-elle permettre un diagnostic tardif ? Le problème vaut la peine d'être posé, car une opération, même retardée, peut dans ces cas sauver la vie au malade. Théoriquement la chose est possible ; en effet l'anatomie démontre que les cellules des groupes mastoïdiens postérieurs sont au voisinage immédiat du sinus latéral et de l'encéphale, car ils sont très près de la corticale interne et généralement loin de la corticale externe : il est donc possible, sinon fréquent, que le pus fuse du foyer de la cellulite vers l'endocrâne plutôt que vers les téguments et y révèle sa présence par des signes particuliers. Pratiquement, il en est tout autrement. En effet il résulte de la lecture des faits publiés que jusqu'ici les lésions endocrâniennes ont été découvertes après la cellulite et n'ont nullement servi à faire découvrir celle-ci.

4° L'INTERVENTION est en réalité le seul moyen véritablement certain de faire un diagnostic sûr et précis. Jusqu'ici, le moyen n'a été infidèle qu'une fois (Moure et Lafarelle). Il a cependant failli l'être plusieurs fois : les cas de Taptas, Laurens, Bourgeois et Depoutre, nos deux cas, surtout le premier, celui de Lermoyez prouvent qu'il est plus facile qu'on ne le croirai *a priori* de pécher par omission. Tantôt l'incision cutanée a suffi comme intervention exploratrice, tantôt l'antrotomie préalable a été faite ; mais la lecture des opérations démontr

qu'on ne saurait apporter trop de soin à explorer l'os *intus et extra*, si l'on veut ne rien oublier, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui de la thérapeutique. En effet, si, chez le sujet sain, l'antre communique en général (46 fois sur 52 d'après Stanculeanu et Depoutre) avec les groupes cellulaires postérieurs, il y a lieu de penser que l'inflammation peut isoler ces cellules, ainsi que l'a fait remarquer Broca à la Société de chirurgie ([14]) à propos de notre premier cas. Or, la distance entre les groupes cellulaires postérieurs et l'antre est de 10 à 20 millimètres en moyenne (Stanculeanu et Depoutre). Donc rien ne prouve, — et la lecture des faits confirme cette hypothèse, — que l'on fera le diagnostic dans tous les cas, même par l'intervention. Si la corticale externe est très éloignée du foyer de cellulite, si celui-ci est ou est devenu indépendant de la cavité centrale, la lésion osseuse localisée aux groupes cellulaires postérieurs restera introuvable, même parfois si, sur le conseil de Lombard ([2]), on a pris comme règle de « découvrir de parti-pris et aussi méthodiquement que possible tout le système cellulaire, de le vérifier dans son ensemble, en enlevant la corticale de la pointe à la base ».

5° Enfin L'AUTOPSIE, dans les cas malheureux terminés par la mort, fournira les éléments d'un diagnostic rétrospectif. Celui-ci, bien certainement, n'a pas été fait dans tous les cas où il était possible. Des observations suivies d'autopsie relatant des phlébites du sinus latéral ou des méningites avec intégrité ou atteinte légère de l'antre seraient à rapprocher du cas de Moure et Lafarelle, où « même à l'autopsie, la lésion a failli échapper aux investigations ». Certes ce diagnostic rétrospectif n'a plus qu'un intérêt théorique : ce n'est pourtant pas une raison suffisante pour que l'on s'en désintéresse.

En résumé et pour conclure, nous pouvons, à propos du diagnostic des cellulites mastoïdiennes postérieures, avant, pendant ou après l'intervention, rééditer une vieille formule chirurgicale qui a trouvé et trouvera encore de multiples applications : « Rien n'est plus facile, quand c'est facile; rien n'est plus difficile, quand c'est difficile. »

OBSERVATIONS CLINIQUES

Elles sont classées d'après l'ordre chronologique : la date indiquée est celle de l'intervention. Elles sont résumées, rédigées sur un plan unique, qui est le suivant : histoire sommaire de l'affection ; signes subjectifs et objectifs (oreille et mastoïde) ; évolution ; biopsie ou autopsie.

La dernière observation, inédite, est publiée *in extenso.*

I. — *Cas de Huntington Richard* (fin de 1888), d'après Mignon ([3]). — Homme, âge non indiqué. Angine. Otite aiguë à gauche ; douleurs, bourdonnements, tympan rouge et voussuré ; chute de la paroi supérieure du conduit. Paracentèse. Incision de Wilde. Au vingt-cinquième jour, point douloureux au-dessus de la suture mastoïdo-occipitale ; diagnostic d'adénite. Puis fluctuation et abcès ; la pression sur l'abcès fait sortir le pus par le conduit au travers du tympan. Incision ; découverte d'une fistule profonde de 2 millimètres, placée à 35 centimètres en arrière de la paroi postérieure du conduit et à hauteur de la paroi supérieure de celui-ci. Guérison complète quatorze jours après l'opération.

II. — *Cas de Taptas* (septembre 1899) ([4]). — Femme, 19 ans. Otite aiguë à droite. Paracentèse. Guérison d'une durée de six semaines, puis douleurs mastoïdiennes, œdème. Diagnostic de mastoïdite. Trépanation : apophyse éburnée, antre sain. Découverte d'un petit abcès et d'un point d'os nécrosé sur le bord postérieur de l'apophyse. Dure-mère à nu au fond ; deuxième abcès entre le sinus latéral et l'os. Sinus latéral couvert de fongosités. Guérison.

III. — *Cas de Laurens* (commencement de 1900) ([5]). — Femme de 66 ans. Otite datant de deux mois. Paracentèses successives. Gonflement apophysaire surtout marqué en arrière. Antrotomie classique, puis apparition inattendue de pus venant des cellules postérieures de la mastoïde et de foyers d'ostéite diffuse du diploé. Thrombo-phlébite des veines du diploé. Ablation de la table externe sur l'étendue de la moitié environ du crâne. Guérison opératoire en trois mois. Mort par gastro-entérite.

IV. — *Cas de Moure et Lafarelle* (novembre 1900) ([7]). — Homme 46 ans. Otite moyenne à gauche et mastoïdite aiguë. Signes d'infection générale. Paracentèse. Pas de gonflement mastoïdien. Douleurs intenses. Antrotomie classique, curettage ; guérison apparente. Un mois après, subitement, signes de méningite. Mort au bout de cinq jours. Autopsie : méningite aiguë

généralisée. Cavité purulente, trouvée par hasard en sectionnant verticalement le temporal, siégeant à 1 centimètre au-dessus du conduit et 1 centimètre en arrière du plan vertical passant par le sommet de la mastoïde ; un mur de tissu compact de 1/2 centimètre, éburné et sain, sépare cette cavité de l'antre. Le sinus est à découvert au fond de cette cavité : il est sain. La méningite est attribuée à l'infection par voie sanguine ou lymphatique au travers de l'os sain.

V. — *Cas de Stanculeanu et Depoutre* (décembre 1900) ([10]). — Homme 27 ans. Otite à droite depuis un mois. Coma depuis un jour. Tympan perforé, voussuré ; battements. Pas de réaction mastoïdienne apparente. Paracentèse. Survie d'un jour. Autopsie : méningite diffuse cérébro-spinale. Caisse et antre pleins de pus. Apophyse demi-pneumatique. Cellulite à hauteur de la suture temporo-pariétale. Corticale externe amincie ; la corticale interne seule sépare le foyer de cellulite du contact du sinus : une épaisseur de 12 centimètres de diploé sépare cette cavité de l'antre.

VI. — *Cas de Bourgeois et Depoutre* (janvier 1901) ([10]). — Femme 42 ans. Angine. Otite à droite datant de 6 semaines. Douleurs irradiées ; vertiges. Apyrexie. Tympan rouge, non voussuré. Douleurs mastoïdiennes en haut et en arrière. Œdème léger. Rien le long du bord postérieur, ni à la pointe. Paracentèse du tympan, puis trépanation : apophyse pneumatique ; antrectomie large, jusqu'à la pointe. Douleurs persistantes. Six jours après, deuxième opération : fongosités conduisant sur l'angle postérieur de la mastoïde, dans une cellule du volume de 1/2 noisette, pleine de pus, plus haut située que l'aditus et l'antre. Dure mère fongueuse. Sinus sain. Guérison.

VII. — *Premier cas de Toubert* (février 1901) ([11] et [12]). Homme 22 ans. Bronchite. Otite aiguë à droite. Tympan rouge, œdématié ; perforation inférieure ; suppuration abondante. Un mois après le début, œdème, puis fluctuation rétro-auriculaire. Diagnostic : adéno-phlegmon. Incision : pus à streptocoques. Neuf jours après, découverte d'un point osseux dénudé passé inaperçu à la première intervention malgré recherche soigneuse. Curettage de la cavité, qui mesure 1 centimètre cube et siège à 3 centimètres en arrière et 2 centimètres au-dessus des bords postérieur et supérieur du conduit. Guérison quinze jours après.

VIII. — *Cas de Lermoyez* (mai 1901) *d'après Stanculeanu et Depoutre* ([10]). Femme, 13 ans. Infections multiples : entérite, vulvo-vaginite. Otite aiguë à gauche. Un mois après, gonflement au-dessus du pavillon. Tympan rouge et bombé ; empâtement mastoïdien an-

téro-supérieur. Douleur sur la région de l'antre et à la racine de l'arcade zygomatique, nulle sur la pointe et sur le bord postérieur. Opération quatre jours après. Antre petit, creusé en os sain et compact; il contient du pus et quelques fongosités. En explorant la suture pétro-squameuse, on trouve « par hasard » une cavité, d'abord prise pour un abcès extra-dural; sa mise à nu conduit à la découverte de deux systèmes cellulaires indépendants de l'antre, l'un près de la pointe, l'autre au dessus et en arrière, séparés de l'extérieur par une corticale mince et l'un de l'autre par une travée osseuse perpendiculaire à la suture pétro-squameuse non soudée. Guérison.

IX. — *Cas de Chavasse* (août 1901) ([12]). Homme 48 ans. Otite moyenne suppurée à g., il y a quatre mois, guérie depuis six semaines. Depuis huit jours, tuméfaction rétroauriculaire; douleur et fièvre modérées. Tuméfaction de 2 centimètres de rayon, située à la partie postéro-supérieure de la mastoïde; pas de douleur sur la région de l'antre. Diagnostic : cellulite mastoïdienne. Intervention le surlendemain. Incision; ouverture d'un abcès; découverte d'une cavité creusée à la partie postéro-supérieure de la mastoïde, contenant surtout des fongosités. Régularisation; pas de pertuis osseux sur les parois. Guérison en sept semaines.

X. — *Deuxième cas de Toubert* (mars 1902) (inédit.) Homme 23 ans. — Le nommé Mor... soldat ordonnance, est atteint de grippe depuis le 20 février 1902 : courbature, fièvre, frissons, toux, céphalée, otalgie à droite. Après deux semaines de traitement à la chambre ou à l'infirmerie, il est envoyé le 11 mars au Val de Grâce, dans le service de clinique otologique de M. le professeur Chavasse.

Etat actuel le 12 mars. — Même état général. Localement, à droite, otalgie. Voix non perçue, montre non entendue, même au contact. Weber latéralisé à droite, Rinne négatif à droite. Tympan droit déprimé, rouge vif, surtout sur la membrane de Shrapnell et autour du manche du marteau. Apophyse mastoïde indolore. Muqueuse pharyngée rouge vif. Trompe droite imparfaitement perméable.

Le malade s'alite le 13. Du 13 au 15, les symptômes de grippe prédominent (céphalée frontale, insommie, courbature, angine). Trois poussées fébriles se succèdent, l'une du 13 au 17, la deuxième du 17 au 20, la troisième du 20 au 24, la température atteignant 39°8 au fastigium de la courbe et descendant à 37°4 et 37°6 aux jours de défervescence. Puis la courbe, jusque là atypique, décrit

des oscillations quotidiennes : le matin, T m. entre 36°5 et 37°, le soir autour de 38°.

Du côté de l'oreille, pendant longtemps, symptômes persistants d'otite catarrhale ; le 23 seulement, signes de purulence (élancements, voussure) ; le 24, perforation spontanée du tympan ; à partir du 26, écoulement abondant de pus par le conduit : l'examen bactériologique y révèle du streptocoque surtout, avec quelques staphylocoques.

Autour de l'oreille, dès le 18, on constatait, à la pression, de la douleur temporale, le 19, de la douleur à la pointe de la mastoïde et sur son bord postérieur, le 20, de la douleur dans la région occipitale. Le 22, on trouve dans la gouttière carotidienne, sous la pointe de la mastoïde, une tuméfaction du volume d'un œuf de poule autour des ganglions.

Le 28, date à laquelle le malade est confié à nos soins par M. le professeur Chavasse, que nous suppléons dans son service, la tuméfaction carotidienne a disparu, mais une nouvelle tuméfaction a apparu entre la protubérance occipitale externe et le sillon rétro-auriculaire, plus proche de ce dernier cependant. D'abord très légère, elle va s'accentuant, devient de plus en plus douloureuse, rénitente, mais non fluctuante. Le 31 mars, en raison de la douleur, en raison des oscillations quotidiennes de la température, l'opération est décidée : elle sera exploratrice d'abord, puis curatrice ; le diagnostic hésite entre un adénophlegmon et un abcès d'origine osseuse, dont le point de départ serait une cellulite mastoïdienne postérieure.

Opération. Anesthésie cutanée au chlorure d'éthyle. Ponction exploratrice à la seringue de Pravaz sans résultat. Anesthésie intra et sous-dermique à la cocaïne à 1/100. Incision verticale, à 3 centimètres environ en arrière du sillon rétro-auriculaire, sur l'axe de la tuméfaction, le long de la ligne d'implantation des cheveux. Découverte d'un ganglion, du volume d'une noisette, tuméfié, induré, non suppuré. Œdème notable des parties molles, dont l'épaisseur égale la longueur de la troisième phalange de l'index. Hémostase. Exploration de la surface osseuse au stylet boutonné. En bas et en avant, découverte d'un point dénudé : la curette ramène des parcelles d'os raréfié et des fongosités. Régularisation des parois de la cavité : elle a en surface un centimètre carré, et le fond est à environ un demi centimètre au-dessous du plan de la corticale externe. A une première exploration, la cavité paraît présenter partout des parois résistantes. Assèchement, tamponnement, deuxième exploration : celle-ci fait découvrir en

haut et en avant un point friable ; le stylet l'effondre et pénètre dans une deuxième cavité, d'où sort un dé à coudre de pus phlegmoneux verdâtre, où l'examen a révélé ultérieurement la présence du streptocoque à l'état de pureté. Curettage de cette cavité ; elle mesure en surface un centimètre carré environ et le fond est à 1 centimètre et demi au-dessous du plan de la corticale externe. Exploration minutieuse des parois : elles sont solides partout. Attouchement au chlorure de zinc. Drainage à la gaze iodoformée. Pansement sec.

A partir du 1er avril, l'opéré est resté apyrétique (36°2, 36°5, 37°, 37°4). Dès le 5, il se lève et se promène, ne souffre plus et dort bien. La suppuration de la caisse est tarie. Le pansement est refait le 5, le 10, le 17. La cavité bourgeonne rapidement. Le 22, la réunion des tissus est complète. Le 23, le malade est présenté à la Société de chirurgie de Paris (14).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Politzer. — *Traité des maladies de l'oreille*. Trad. franc. p. 504.

2. Bardeleben. — *Handbuch der Anatomie Mitteloh. und Labyr.* p. 285.

3. Mignon. — Complications septiques des otites moyennes suppurées, p. 338.

4. Lombard. — In comptes rendus du 13e congrès int de Méd. – Otologie, p. 160.

5. Laurens. — In comptes rendus du 13e congrès int. de Méd. — Otologie, p. 249.

6. Taptas. — In comptes rendus du 13e congrès int. de Méd. — Otogie, p. 364.

7. Moure et Lafarelle. — *Revue hebd. de laryngologie, otologie* 1901, 1er semestre, p. 97.

8. Stanculeanu et Depoutre. — *Bull. soc. anat.*, 1901, 6e série. Tome III, p. 313.

9. Stanculeanu et Depoutre. — *Presse médicale*, 1901, 2e semestre, p. 41.

10. Stanculeanu et Depoutre. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc., 1901, 2e semestre, p. 306.

11. Toubert. — *Revue hebd. de laryngologie, otologie*, 2e semestre, 1901, p. 145.

12. Toubert. — *Bull. soc. chirurgie*, 1901, p. 1048.

13. Chavasse. — *Bull. soc. chirurgie*, 1901, p. 1054.

14. Toubert. — *Bull. soc. chirurgie*, 1902. p. 499.

III

HYDRORRHÉE NASALE UNILATÉRALE. GUÉRISON PAR L'AIR CHAUD

Par G. MAHU

Nous avons déjà eu l'occasion, M. Lermoyez et moi (1), de publier un cas d'*hydrorrhée nasale unilatérale* guérie par le traitement aérothermique.

Parmi les nombreuses hydrorrhées que j'ai personnellement traitées par notre méthode — environ une centaine — il m'a été donné de rencontrer 5 cas où l'écoulement était unilatéral : quatre femmes d'âges voisins : 47 ans (obs. IX de l'article visé plus haut), 42 ans (cas publié ci-dessous), 42 ans et 44 ans. Aucune n'avait encore atteint l'époque de la ménopause et toutes se plaignaient de l'augmentation du flux hydrorrhéique pendant la période menstruelle. Chez l'une d'elles, même, l'hydrorrhée n'apparaissait qu'à ce moment.

Nerveuses et arthritiques, ces malades souffraient en général de névralgies de la zone du trijumeau du côté correspondant.

Aucune ne présentait de troubles de nature hystérique.

Toutes furent guéries et la guérison persiste, chez d'eux d'entre elles, depuis dix-huit mois environ, depuis six mois et trois mois chez les deux autres.

(1) M. Lermoyez et G. Mahu. — Nouvelle méthode de traitement des affections du nez par des applications d'air chaud (*Ann. des mal. de l'or., du lar., du nez et du phar.*, juillet 1900, tome XXVI, n° 7, p. 43).

Le cinquième cas se rapporte à un homme de 34 ans, également neuro-arthritique, chez qui l'écoulement hydrorrhéique assez peu abondant avait déterminé un *eczéma pilaire unilatéral correspondant* de la moustache. Ce dernier malade est en cours de traitement.

Par une bizarre coïncidence, l'écoulement se produisait chez ces cinq malades par la fosse nasale gauche.

Il me paraît intéressant de publier avec quelque détail l'observation ci-dessous à cause de l'intensité de l'hydrorrhée, de sa résistance à tous les traitements et aussi de la nullité de l'action de l'air chaud, tant que celui-ci n'a influencé que les méats moyens et inférieurs, puis de l'efficacité notoire de ce même traitement dès qu'il s'est adressé à l'endroit précis de la muqueuse d'où provenait l'écoulement.

Mme Cha... 43 ans, obèse, neuro-arthritique, souffre depuis cinq ou six mois d'un écoulement aqueux unilatéral gauche, extrêmement abondant. Cet écoulement est continu et s'exagère notablement au moment des règles : le jour, il met la màlade dans l'impossibilité absolue de vaquer à ses occupations, la nuit, il gêne le sommeil en provoquant de la toux et du ràclage rétro-pharyngien.

Cette affection s'est montrée sans cause apparente, sans céphalée ni douleurs localisées sur le trajet des branches du trijumeau.

Pas d'éternuements.

Pas d'exaspération au moment des repas ni après.

Pas de vertiges ni de troubles oculaires.

Pas de troubles des réflexes ni de la sensibilité.

Bien que l'écoulement ait toujours été et soit demeuré unilatéral, l'examen rhinoscopique montre, à droite comme à gauche. une atrophie très marquée portant non seulement sur la muqueuse des cornets moyens et inférieurs, mais aussi sur le squelette.

Pas de croûtes. Pas d'ozène. Seulement l'odeur fadasse qu'on perçoit ordinairement chez les hydrorrhéiques.

L'atrophie existante permet d'apercevoir le cornet supérieur et de constater que c'est de la fente olfactive que provient l'écoulement qui s'effectue en gouttelettes claires se présentant une à une et se succédant à des intervalles très rapprochés.

Rien dans le cavum.

La translumination des sinus frontaux et maxillaires montre les uns et les autres également transparents.

Plusieurs confrères parisiens ont donné leurs soins à la malade et tous les traitements ont échoué contre cette tenace affection : localement l'ignipuncture, les lavages, les pommades, les badigeonnages ; à l'intérieur, l'atropine et la strychnine associées, l'hyoscyamine, etc...

C'est M. Bellin, interne des hôpitaux qui, après avoir traité lui-même, en dernier lieu, Mme Cha..., voulut bien nous l'adresser pour l'essai du traitement par l'air chaud.

Ce traitement fut commencé, à l'exclusion de tout autre, le 24 octobre 1901 et continué, en suivant les règles précédemment indiquées par nous : de deux en deux jours application d'une durée de deux à trois minutes sur toutes les parties visibles de la pituitaire gauche, à l'aide de la grosse puis de la petite canule.

Douze applications d'air chaud furent ainsi régulièrement faites sans apporter une amélioration durable de l'état de la malade.

A ce moment j'eus l'idée d'insuffler l'air chaud dans la fente olfactive, à l'aide d'un cathéter métallique recourbé *ad hoc.*

L'écoulement diminua et, après six séances faites dans ces conditions, il s'arrêta pour ne plus reparaître, sans qu'il se soit produit aucun changement apparent local, ni dans l'état général de la malade.

La période critique des règles, commencée huit jours plus tard, fut traversée sans inconvénient.

A différentes reprises, depuis la guérison qui date maintenant de trois mois (1er avril 1902) Mme Cha... est venue me voir et m'a affirmé l'absence de tout retour offensif.

Le point d'issue de l'écoulement, sa continuité, l'abondance du liquide épanché, m'avaient fait songer un instant qu'il pût s'agir d'un cas analogue à celui publié en 1899 par Saint-Clair Thomson [1] et se rapportant à l'écoulement par le nez de liquide céphalo-rachidien ; mais l'absence d'antécédents

(1) Saint-Clair Thomson, Léonard Hill and W. D. Halliburton. — Observation on the cerebro spinal fluid in the human subject. (*Proceedings of the Royal Society*, vol. 64, 31 janvier 1899).

spécifiques ou tuberculeux ainsi que de traumatisme antérieur permettant d'écarter toute lésion de la lame criblée, la rapidité de la guérison et la non-apparition de toute gêne ultérieure, m'ont permis d'écarter, *a posteriori*, cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, je ne veux souligner ici qu'un seul fait : *la guérison par l'air chaud d'un cas extrêmement rebelle de rhinorrhée unilatérale, ayant résisté à tous les autres traitements connus.*

IV

MASTOIDITE AIGUE : INTERVENTION INCOMPLÈTE. ABCÈS EXTRA-DURAL CONSÉCUTIF. TRÉPANATION. GUÉRISON.

Par **MAGET** (de Toulon).

Lorsqu'on est amené à trépaner une apophyse, il est absolument nécessaire de rechercher et d'enlever avec le plùs grand soin tous les tissus malades, si on ne veut pas être exposé à des accidents éloignés extrêmement graves.

C'est une vérité banale aujourd'hui, mais il n'est peut-être pas mauvais de le répéter.

Appelé en août 1897, par mon ami le Dr H. Girard, à donner mon avis sur un malade qui venait d'entrer dans son service, porteur d'une fistule de la région mastoïdienne, nous recueillîmes sur ce malade les renseignements suivants :

X... 17 ans, marin.

Avait eu en mars dernier une otite aiguë à droite suivie de mastoïdite.

Application d'une couronne de trépan sur la mastoïde le 26 avril, avec curettage des fongosités qui sont assez épaisses et abondantes, tamponnement avec de la gaze trempée dans une solution de chlorure de zinc.

6 *juin.* — Décollement sous-cutané et contre-incision à quelques centimètres en dessous de la première incision : drainage.

8 *juin.* — Agrandissement de l'orifice trépané et nouveau curettage. Cautérisation au thermo-cautère et au chlorure de zinc : pansement iodoformé.

Rien de particulier depuis cette nouvelle intervention jusqu'au

3 août, époque à laquelle le malade se plaint de douleurs profondes de la région sus-mastoïdienne, de vertiges et de céphalée, plus intense le soir et surtout la nuit.

La température qui est prise très régulièrement matin et soir n'accuse aucune élévation anormale (sauf un léger mouvement fébrile du 9 au 11 juin). Jusqu'au 7 août elle ne dépasse jamais 37°2.

L'état général n'est pas bon, le malade ne mange plus, il maigrit, il a des nausées et même quelques vomissements.

On remarque le 7 août que le pouls a une fréquence anormale (110 à 115 pulsations).

A l'examen de la région malade, nous trouvons une fistule siégeant à la partie moyenne de l'apophyse, dans laquelle le stylet pénètre à plus de 15 millimètres en donnant la sensation d'un os friable et profondément altéré.

Douleurs vagues à la pression dans toute la région, rien de bien précis à ce point de vue. Le conduit auditif est sec, la caisse qui n'a plus ni osselets, ni tympan, paraît bien épidermisée.

Nous décidons de pratiquer une intervention immédiate et, autant que possible, radicale : le Dr H. Girard veut bien me la confier.

8 *août*. — Opération :

Large incision verticale dépassant en haut et en bas les limites de l'apophyse : décollement du périoste à la rugine, incision transversale en arrière, décollement et rabattement du pavillon en avant.

Au ciseau, à la gouge et au maillet, et nous aidant de la pince-gouge, nous procédons à l'évidement de l'apophyse qui, tout entière atteinte d'ostéite, disparaît à peu près complètement de la pointe à la base.

Le sinus latéral est mis à nu : sa paroi est fongueuse, mais il paraît souple et perméable.

On termine en faisant sauter, sur le protecteur de Stacke, le pont de l'aditus ; l'os, altéré au voisinage de l'antre, paraît sain en approchant de la caisse.

L'opération ayant duré plus d'une heure, et le malade nous ayant donné quelques inquiétudes au point de vue de sa tolérance au chloroforme, nous jugeons prudent de nous en tenir là pour le moment, bien que l'aspect de la table interne de l'os, à l'angle postéro-supérieur de la brèche pratiquée, nous fit craindre de n'avoir pas enlevé tout le tissu osseux malade.

Nous étions loin de nous attendre à trouver des lésions aussi vastes que celles que nous mîmes à jour le surlendemain.

Pansement iodoformé.

8 août	M.	Temp.	37.3	Pouls	112
	S.		37.		84
9 —	M.		36.8		75
	S.		37.		78
10 —	M.		36.9		

Le 10 août l'opération est reprise.

Dès les premières tentatives d'exploration, le stylet pénètre dans la fosse temporale, et un filet de pus se fait jour le long du stylet.

L'os est attaqué au ciseau, puis à la pince-gouge, mais la table externe n'étant pas altérée est trop dure pour pouvoir être sectionnée par la pince-gouge, en même temps que la table interne : la table interne, au contraire, est très friable.

Nous traçons alors au ciseau, dans la table externe, une série de petits sillons hémi-circulaires et, glissant ensuite sous la table interne un des mors de la pince-gouge, nous pouvons alors sectionner, d'un coup de pince, l'os dans toute son épaisseur, par rondelles de 6 à 7 millimètres de diamètre.

Ce mode de procéder est un peu lent et laborieux, mais il nous donne plus de précision que le trépan et nous permet mieux de limiter notre intervention aux parties malades.

Conduits par les lésions osseuses, nous sommes amenés à inciser les parties molles jusqu'à la protubérance occipitale externe : nous les libérons par de petites incisions verticales, puis explorant avec soin tous les points malades, et sectionnant à mesure l'os au ciseau et à la pince-gouge, nous arrivons à mettre à jour un énorme abcès extra-dural, de 9 centimètre de long. sur 2 ou 4 centimètres de large (suivant les régions), limité en bas, à l'insertion de la tente du cervelet, en avant, à la base du rocher, en arrière, au pressoir d'Herophile, et en haut par un bord festonné de forme irrégulière.

La quantité de pus qu'il contenait peut être difficilement estimée, car il n'est évacué que par coulées successives, suivant les progrès de l'intervention ; les témoins ont pu l'évaluer à un demi verre ou un verre à bordeaux.

La face profonde de l'abcès est formée par la dure-mère qui est tomenteuse, mais ne paraît pas profondément altérée.

Attouchement au chlorure de zinc, drains, et sutures des parties molles : pansement iodoformé :

14 août. — Renouvellement du pansement, aucune élévation de

température jusqu'au 18 (38,3) : dans la suite tout marche à souhait et le malade est envoyé dans sa famille le 20 octobre.

Revu deux ans après, n'a plus jamais souffert de la tête, l'état général est excellent et l'embonpoint rend l'ancien opéré méconnaissable.

On remarquera qu'un aussi vaste abcès endo-cranien ait pu évoluer complètement sans aucun signe ni objectif ni subjectif.

En effet, à part le léger mouvement fébrile du 9 et 11 juin, aucune élévation anormale de la température n'a été observée jusqu'à l'intervention du 8 août ; on a bien constaté le 7 et le 8 au matin une augmentation anormale du nombre des pulsations (110 à 115), mais elle avait déjà disparu après la première intervention (75 à 78), avant que l'abcès extra-dural ne fût ouvert.

Il est peut-être difficile de donner une signification à ce signe, qui paraît plutôt paradoxal, les lésions encéphaliques donnant plus souvent lieu à du ralentissement du pouls : nous n'avons du reste pas de renseignements sur l'état du pouls les jours précédents.

Ce n'est que le 3 août seulement que le malade accuse des vertiges, de le céphalée et des nausées, et comme c'est cinq jours après qu'il a été opéré, l'énorme abcès que nous avons découvert était certainement formé depuis longtemps lorsque ces symptômes se sont montrés pour la première fois.

C'est donc bien *sans aucun signe apparent* qu'a pu se former un abcès extra-dural de 9 centimètres de long sur 2 à 4 de large, avec ostéite de toute la table interne des os du crâne correspondants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE (1)

SESSION ANNUELLE DE 1902.

Président. M. LERMOYEZ

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Messieurs,

Depuis notre dernière réunion, aucun membre de notre société n'est mort, sauf DALY, de Pittsburg, qui, du reste, n'avait jamais été présent à nos séances.

Cet excellent état sanitaire de notre Société, n'est pas fait pour me déplaire personnellement, puisqu'il m'assure une heureuse longévité : mais, il n'est pas sans contrarier quelque peu votre président, en le privant des effets oratoires qu'il espérait tirer du panégyrique de quelque mort bien en vue.

Je me suis alors demandé comment je pourrais satisfaire aux exigences du programme qui comporte une allocution présidentielle : et, à force de chercher, j'ai trouver ceci : que, puisque je n'ai pas de morts à célébrer, je ferais l'éloge des vivants. J'ai pensé qu'il ne vous serait pas désagréable de m'entendre prononcer vos louanges, pendant, que, contrairement à l'usage, vous êtes encore de ce monde pour vous en réjouir.

Malheureusement, vous êtes trop. Notre Société est si prospère, que toute la France oto-rhino-laryngologique s'y donne rendez-vous : et chaque année voit s'adjoindre à nous de nouveaux membres étrangers, sans compter les vieux amis de la première

(1) Compte-rendu par M. H. BOURGEOIS, ancien interne des hôpitaux.

heure, Moll, Delsaux, Cheval, Delie, et tant d'autres, qui ne manquent jamais de nous apporter chaque année la collaboration de leur travail et de leur cordialité. De sorte que, s'il me fallait seulement vous nommer tous, une séance n'y suffirait pas.

Je ne nommerai donc personne, et je ferai l'éloge de la Société en bloc. Elle le mérite. Depuis dix-sept ans qu'elle existe, sa carrière scientifique a été remarquable. Les rapports qui s'y lisent font date dans notre spécialité : et, rien qu'à les réunir en un volume, on constituerait le meilleur traité d'oto-rhino-laryngologie qu'on puisse souhaiter. C'est ici qu'ont vu le jour la plupart des progrès qui ont été réalisés chez nous : et, pour ne citer qu'un exemple, n'est-ce pas à cette tribune qu'a été pour la première fois établie la géniale méthode de traitement des sinusites de la face que notre confrère Luc a imaginé pour l'honneur de la spécialité francaise, et, qui, après vingt ans de tutelle allemande, a été le premier acte important par lequel elle ait enfin affirmé sa majorité ?

Cette prospérité, notre société la doit tout d'abord à vous tous qui ne manquez pas chaque année de lui apporter le meilleur de vos travaux. Elle la doit aussi à votre bureau... oh ! non pas à votre président, être plus ou moins décoratif, dont le rôle est de venir ici le soir du premier lundi de Mai, vous réciter une improvisation soigneusement préparée : mais à notre intègre trésorier ; à notre dévoué secrétaire général, notre grand, notre gros ressort, sans lequel notre organisme risquerait souvent de rester en panne. Et aussi à un de ses membres que sa modestie m'empêche de vous nommer, mais que vous aurez tous reconnu quand je vous aurai dit que son dévouement est à la hauteur de son mérite, puisqu'il consent à reprendre au pied levé un rapport qu'un deuil cruel a empêché notre confrère Gaudier de nous apporter : et, je suis sûr d'être votre interprète à tous, en transmettant à l'un nos plus sympathiques condoléances, en assurant l'autre de notre gratitude.

Messieurs, notre société a un mérite plus grand encore : c'est la bonne harmonie qui y règne. Chaque année, quand revient le printemps, c'est pour nous une réelle joie que de nous retrouver, à laquelle ne s'ajoute aucune arrière pensée. Nulle contrainte ne se mêle à nos relations. Nos discussions sont courtoises, nos contradictions sont aimables ; votre bienveillance mutuelle fait votre plus grand charme. La chose est assez rare pour mériter d'être notée. Tous les organes n'ont pas comme l'oreille et le larynx la chance de vivre dans une paix aussi sereine. Descendez chez nos voisins les oculistes : et sans doute remarquerez-vous entr'eux

quelque trouble d'accommodation. Vous citerai-je les chirurgiens, incisifs même dans leurs discussions : et les accoucheurs, dout la Société n'a pu naître viable que sous forme gémellaire !

Et vous avez raison, Messieurs, d'agir ainsi, car en ceci votre intérêt est du côté de votre devoir. Nous n'avons pas encore achevé de conquérir à nos doctrines le grand public médical : et, trop souvent, la routine diathésique rôde autour de nous, cherchant quelque fissure par où elle puisse s'insinuer pour nous mieux diviser. Serrons donc nos rangs : unissons nos efforts dans un but commun d'apostolat : et prenons comme règle invariable de conduite que s'il peut exister entre nous des divergences d'opinions, il ne doit jamais y avoir de dissensions de sentiments.

COLLINET, rapporteur. — **Traitement des sténoses fibreuses du larynx.** — Nous aurons en vue dans cette étude les sténoses cicatricielles du larynx et les sténoses inflammatoires chroniques de la muqueuse, de la sous-muqueuse ou du périchondre qui aboutissent à la formation d'épaississement plus ou moins fibreux des tissus mous du larynx et se comportent comme un rétrécissement cicatriciel.

Traitement préventif. — Le traitement préventif consiste à traiter d'une façon spéciale les affections susceptibles de causer un rétrécissement laryngé.

a) *Rétrécissements spontanés, c'est à-dire non traumatiques.* — Ils se produisent à la suite d'une maladie du larynx primitive ou secondaire. Les affections inflammatoires primitives du larynx capables de donner lieu ultérieurement à un rétrécissement cicatriciel sont rares. Dans certains cas cependant d'abcès sous-muqueux profond de périchondrite, on a vu se développer des sténoses chroniques, cicatricielles (Concetti), surtout s'il y a mortification d'un fragment de cartilage et si les tissus mous ne sont plus soutenus en certains points par le squelette. En général une incision précoce suffit à entraîner une terminaison favorable.

Chez l'enfant, les laryngites aiguës suffocantes, les laryngites sous-glottiques aiguës traitées ou non par le tubage peuvent provoquer des sténoses persistantes. Le tubage et la dilatation précoce, une fois les accidents aigus disparus, s'opposeront à la constitution d'un rétrécissement fibreux.

Chez l'adulte, la laryngite sous-glottique hypertrophique chronique peut être cause de rétrécissement par épaississement et transformation fibreuse du tissu conjonctif sous-muqueux. La sup-

pression des causes d'irritation du larynx, avec un traitement local et général approprié pourront empêcher l'affection d'aboutir au rétréoissement.

Le larynx peut être pris secondairement au cours de la rougeole, de la scarlatine, de la varicelle, soit que l'élément éruptif, se faisant jour au niveau de la muqueuse laryngée, revête la forme ulcéreuse grâce à des infections secondaires, soit qu'il se développe un œdème de la glotte nécessitant une intervention ; soit qu'une inflammation profonde du périchondre et de la sous-muqueuse aboutisse à une nécrose plus ou moins étendue du squelette cartilagineux. La fièvre typhoïde mérite une mention spéciale par la fréquence et la gravité des lésions laryngées; un grand nombre des cas de sténose laryngée chroniques relevés par l'auteur sont consécutifs à la fièvre typhoïde.

Les pulvérisations antiseptiques faibles, l'antisepsie buccale, nasale et pharyngée, les injections intrachéales d'huile mentholée sont de bons moyens prophylactiques des lésions laryngées des maladies aiguës. En cas de suffocation on devra avoir recours d'emblée à la trachéotomie. La plupart du temps, on aura des sténoses consécutives qu'on s'efforcera de prévenir par le tubage ou la dilatation dès que ce moyen pourra être employé.

Certaines maladies spécifiques : lèpre, lupus, tuberculose, syphilis sont susceptibles de provoquer la sténose par infiltration puis rétraction cicatricielle.

La lèpre se localise rarement sur le larynx, elle a une prédilection pour l'épiglotte, qui est déformée, recroquevillée ; plus rarement elle atteint les cordes vocales et les bandes ventriculaires.

. Le lupus se localise également de préférence au vestibule laryngien ; les rétractions qu'il provoque peuvent devenir très serrées mais sont rares en général.

La tuberculose laryngée provoque la sténose soit par la cicatrisation d'ulcérations, soit par l'évolution lente de la forme fibreuse de l'affection.

Les ulcérations syphilitiques tertiaires se cicatrisent vicieusement, créant des adhérences entre l'épiglotte et les parties voisines, entre les cordes. L'infiltration sous-glottique tertiaire est particulièrement dangereuse parce qu'elle peut être confondue avec d'autres laryngopathies. Les périchondrites, les bronchites suppur aboutissent à la sténose malgré le traitement spécifique.

Dans tous ces cas le traitement général pratiqué à temps est meilleur traitement préventif.

La diphtérie soit directement, soit indirectement (v. plus lo

tubage, trachéotomie) entre pour une part considérable dans la genèse des sténoses laryngées. Par elle-même elle est susceptible de les provoquer soit par le fait de la cicatrisation d'ulcérations, soit du fait d'une périchondrite. La sérothérapie est le traitement préventif tout indiqué.

b) *Rétrécissements traumatiques.* — Ils sont accidentels ou chirurgicaux.

En cas de brûlure on évitera le tubage qui ne ferait qu'aggraver les lésions, et on préfèrera la trachéotomie, si besoin est.

En présence d'une fracture du thyroïde Mirroli s'est contenté de faire l'extension continue de la tête, le malade a guéri. Quelques auteurs conseillent la trachéotomie immédiate à titre préventif ; d'autres la thyrotomie qui permet de régulariser les plaies, redresser les cartilages, enlever les esquilles ; d'autres, le tubage qui prévient la dyspnée et joue le rôle d'attelle interne. De toutes façons, il sera bon de faire, dès la cicatrisation, des séances de dilatation préventive contre une sténose toujours à craindre.

Dans les cas de coupure du larynx, on devra suturer le plus soigneusement possible les bords de la plaie, Molly, Carry et Koch conseillent en outre la trachéotomie préventive. Sargnon, en cas de plaie extérieure petite et de phénomènes d'hématome ou d'œdème laryngien conseille le tubage.

Pour les piqûres, les plaies par armes à feu le tubage est préférable, sauf indication ultérieure de thyrotomie ou de trachéotomie.

Parmi les causes chirurgicales, on doit envisager surtout le tubage et la trachéotomie.

En dehors de l'inexpérience de l'opérateur (ulcérations traumatiques, fausses routes) on peut, avec Boulai, classer de la manière suivante les divers modes de production des ulcérations consécutives au tubage.

La pression du tube sur la muqueuse malade détermine des ulcérations au niveau du cricoïde, de la base de l'épiglotte, de la partie antérieure de la trachée correspondant à l'extrémité inférieure du tube.

La multiplicité des tubages ne devrait pas être incriminée d'après les recherches cadavériques de Variot et Bayeux.

La matière du tube a été incriminée : Lefferts, Masséï, Richardière, Bonain, préfèrent les tubes en ébonite, plus légers. Sevestre et la majorité des auteurs préfèrent les tubes métalliques, plus aisément aseptiques et sur lesquels on peut mieux constater des taches révélatrices d'ulcérations. Tsakiris recommande les tubes

en aluminium. La durée du tubage a une importance capitale. Les causes de l'intubation prolongée, en dehors de la persistance de l'affection primitive, sont : l'irritation ou l'ulcération de la muqueuse par le tube avec production d'un œdème persistant (O'Dwyer), les spasmes du larynx chez les enfants nerveux (Sevestre-Richardière). Contre ces accidents on a préconisé la suppression systématique ou opportune du tube (Boulai). Sevestre remplace systématiquement le tubage par la trachéotomie, si le sixième jour l'enfant ne peut se passer de son tube. Si l'état général est mauvais, s'il existe une rougeole, il conseille même d'abréger cette période.

L'opportunité de la suppression de l'intubation est indiquée quand il y a apparence d'une lésion laryngienne entretenue par le tube. On pourra constater cette lésion avec le laryngoscope ; certains signes de probabilité sont fournis par l'existence d'une tache noire sur le tube en un point qui correspond à l'ulcération, par la nécessité de retuber presque immédiatement le patient. O'Dwyer dans le cas d'intubation prolongée conseille l'emploi de tubes spéciaux, dont la tête a le calibre normal, mais dont le coprs et le collet sont ceux de tubes plus petits. Il a pu guérir cinq enfants après une intubation prolongée variant entre vingt-quatre jours et onze semaines. Pour ces intubations prolongées O'Dwyer, Bokai recouvrent le tube d'une mince couche de gélatine, saupoudrée d'alun, qui sert à la fois de protecteur et de pansement pour la muqueuse. Selon Bokai la trachéotomie secondaire pourra être évitée le plus souvent par cette méthode.

Trachéotomie. — Dans la trachéotomie intercricothyroïdienne, la canule peut ulcérer directement la partie inférieure du larynx ; les points les plus fréquemment lésés sont la paroi antérieure de la trachée, la face antérieure du chaton cricoïdien, la partie antérieure du cricoïde. Pour l'auteur, le rétrécissement cicatriciel n'est pas dû à la présence même de la canule, mais à sa mauvaise adaptation (canules trop volumineuses, mal entretenues, à plaques non mobiles). Les canules à fenêtre sur la convexité peuvent aussi provoquer une lésion de la muqueuse, si l'orifice est trop en arrière ou trop en avant et atteint la muqueuse de la paroi postérieure ou antérieure.

Indirectement la trachéotomie haute ou basse interviendrait en mettant trop le larynx au rèpos, en favorisant la rétraction des lésions primitives, ou la formation de granulations. On devra, ausssi bien à ce point de vue que pour empêcher les autres complications de la trachéotomie, laisser le moins longtemps possible

la canule en place et combattre les causes qui peuvent retarder le décanulement. Le diagnostic et l'ablation des granulations peut se faire par la voie buccale ou par la voie trachéale. Dans certains cas on sera obligé d'agrandir la plaie trachéale ou de faire une laryngo fissure.

Certaines opérations endo-laryngées peuvent entraîner la formation de tissu de cicatrice dans le larynx. Dans certains cas la constitution d'une bande cicatricielle pourra suppléer à l'absence d'une corde vocale. Quelquefois il pourra se produire une véritable sténose. Il faut être prudent dans ces interventions et surveiller de très près les suites opératoires.

Après les interventions étendues sur le larynx on a fait des greffes cutanées, cutanéo-périostées et même des transplantations cartilagineuses et osseuse..

Traitement palliatif. — Il consiste à assurer la respiration du malade ; il se réduit à un moyen, la trachéotomie. Ce sera le traitement de choix des sténoses dues à la tuberculose et à la lèpre.

Traitement curatif. — Il comprend deux méthodes : là dilatation, la suppression du rétrécissement.

1° *Dilatation.* — Elle peut se faire avant ou après la trachéotomie, suivant que le rétrécissement est plus ou moins large.

Les dilatateurs métalliques à branches divergentes sont dangereux.

Les tubes de Schrötter sont très employés et ont donné un grand nombre de bons résultats. Le tube sera laissé en place plus ou moins longtemps suivant la tolérance du malade.

Au début on ne peut le laisser que quelques minutes, ultérieurement il pourra siéger une demi-heure, une heure, parfois plus longtemps. Il y a intérêt à répéter les séances le plus souvent possible.

Les inconvénients de la méthode sont : 1° de produire des ulcérations qu'on évitera dans la mesure du possible en procédant avec douceur ; 2° de produire un gonflement inflammatoire considérable une fois le tube retiré, d'où nécessité de surveiller le malade dans les premiers temps ; 3° de nécessiter un temps très long. A vrai dire, ce dernier inconvénient est commun aux autres méthodes.

Tubage dilatateur avec le tube d'O'Dwyer chez l'enfant. — Boulay conseille de laisser le tube en place vingt-quatre ou trente-six heures ; au bout de ce temps on détube l'enfant pour le retuber au bout de deux ou trois heures avec un tube de calibre supérieur

si possible. On continue ainsi le traitement jusqu'à ce qu'on arrive à passer le tube qui convient à l'âge de l'enfant. A ce moment on espace les séances et on en réduit la durée. Il ne faut cesser le traitement qu'une fois la certitude acquise que la sténose n'a plus aucune tendance à la reproduction.

Tubage dilatateur chez l'adulte. — On pourra le faire soit au doigt, soit sous le contrôle du laryngoscope, tout étant préalablement disposé pour une trachéotomie éventuelle. Si on est obligé d'employer des tubes de petit calibre, il faut qu'ils aient une tête volumineuse, suivant la méthode de Masséï; il est préférable de ne pas couper le fil pour faciliter le détubage. Si le tube est bien toléré, la plupart des auteurs conseillent de le laisser en place pendant cinq ou six jours. Sargnon a même pu laisser un tube en place pendant quarante-deux jours; il vaut mieux alors employer des tubes en caoutchouc durci avec tête en métal.

Moritz-Schmidt, au contraire laisse le tube seulement une demi-heure, trois quarts d'heure.

Les inconvénients du tubage sont l'asphyxie ou la syncope dans les tentatives qui échouent. On pourra être obligé par l'asphyxie de pratiquer la trachéotomie. Moritz-Schmidt a observé une syncope mortelle chez un sujet âgé atteint de dégénérescence graisseuse du cœur. Chez certains syphilitiques le tube n'est pas toléré à cause de l'irritation qu'il produit sur la muqueuse.

Dilatation après trachéotomie. — Les dilatateurs à branches divergentes sont alors d'un emploi plus facile et moins dangereux. Ils sont néanmoins peu employés. Ils peuvent être introduits par la bouche ou par la plaie trachéale. Corradi leur reproche avec raison : l'impossibilité de boire après la séance de dilatation, les liquides allant dans les voies aériennes, l'impossibilité de dilater toute la hauteur du rétrécissement, l'action limitée en des points déterminés, la production d'érosions. Néanmoins, pour le rapporteur, ce procédé mérite d'être employé dans certains cas.

Les tubes de Schrötter seront aussi utiles pour obtenir la dilatation après trachéotomie; on aura soin de remplacer la canule ordinaire par une canule fenêtrée permettant de voir arriver le bec de l'instrument dans le larynx.

Les cathéters métalliques de Béniqué, de Garel, de Boulay pourront rendre de grands services pour les rétrécissements étroits pour s'assurer qu'on ne fait pas fausse route et qu'on pénètre bie[n] dans le larynx, il faudra une canule fenêtrée spéciale.

Les tubes d'O'D'wyer pourront être employés quand le rétréciss[e]ment sera suffisamment dilaté pour permettre la suppression de

la canule, ou quand cette canule sera insérée suffisamment bas pour permettre de placer simultanément un tube très court.

Les olives de Trendelenbourg ou plutôt celles de Schrötter se passent dans le larynx de haut en bas à l'aide d'un fil ou d'un mandrin métallique et se fixent sur la convexité de la canule trachéale. Il est rare que l'olive puisse être tolérée plus de quelques heures dans les premières séances. Ultérieurement on pourra la laisser pendant vingt-quatre heures et plus.

Les inconvénients sont la douleur, la réaction inflammatoire, les ulcérations. Garel a fait construire des olives plus petites.

Une fois le larynx suffisamment dilaté, on pourra songer à fermer la plaie trachéale, mais il faudra continuer à introduire de temps à autre les tubes creux de Schrötter.

Si on est en présence d'un rétrécissement très étroit on pourra passer un simple fil dans le trajet à l'aide d'un stylet. Ce fil abandonné à lui-même dilate la sténose et permet de passer un nombre de plus en plus considérable de fils jusqu'à ce qu'un dilatateur plus puissant puisse être introduit.

Cathétérisme rétrograde avec les bougies en gomme et les drains en caoutchouc. — Ebstein conseille l'introduction de bas en haut de tubes en caoutchouc très tendus sur un cathéter métallique. Après l'introduction on retire le cathéter, et on coupe le tube au ras du bord de la plaie trachéale, en reprenant son volume primitif le tube de caoutchouc dilate la sténose, et la maintient en place.

Boulay a laissé pendant quarante-huit heures une sonde en gomme dont les deux extrémités buccale et trachéale furent fixées ensemble.

Laminaires. — Corradi introduit la laminaire en l'attirant de bas en haut par une sonde en gomme introduite par la trachée et qu'on fait sortir par la bouche. La laminaire est laissée en place six à douze heures. Elle ne peut être retirée que par la bouche, grâce au fil conducteur qui a été conservé.

Canules dilatatrices. — Elles se composent d'un tube trachéal fenêtré où l'on introduit un ajutage laryngien composé généralement de deux parties pouvant s'écarter l'une de l'autre (canules de Lefort, Störk, Schrötter), elles sont en général mal supportées.

Les canules en T ont un tube trachéal et un tube laryngien destiné à maintenir la dilatation obtenue par un autre procédé. La canule de Luning permet de passer des tubes laryngiens de plus en plus gros qui agissent alors comme des dilatateurs.

2° *Suppression du rétrécissement. Opérations endolaryngées.*

— Elles consistent à sectionner ou à détruire les tissus rétrécis à l'aide d'un bistouri à lame cachée, ou des diverses pinces coupantes. Le galvano-cautère peut rendre service dans certains cas mais on aura soin d'en user prudemment, à cause des cicatrices rétractiles qu'il peut provoquer.

L'électrolyse a donné dans le seul cas où elle a été employée un succès remarquable à MM. Boulay et Boulai (Congrès de 1900). Ils ont employé comme électrode active une aiguille en platine iridié montée sur un support isolant ayant la forme des instruments laryngiens. Le pôle actif était le pôle négatif. La durée est de deux à trois minutes. On peut faire deux ou trois applications dans une même séance. Le malade de Boulay et Boulai, porteur d'une canule depuis seize ans, put être décanulé au bout de vingt séances. Il n'y a pas eu de récidive. La dilatation et les opérations endolaryngées avaient totalement échoué.

L'électrolyse linéaire pourrait être essayée ; elle serait peut-être d'un emploi plus commode et plus rapide.

Opérations par la voie externe. — On ouvre le larynx sur la ligne médiane (laryngofissure totale, thyrotomie, cricotrachéotomie) et on enlève tous les tissus constituant le rétrécissement. On peut suturer immédiatement sans laisser d'autre pansement qu'une simple mèche dans le larynx ; ou bien on laisse un tube conformateur pour empêcher le rétrécissement de se reproduire. Ce tube peut être une canule en T, ou un tube à intubation ordinaire, une canule en verre de Mikulicz ; un tube en caoutchouc amianté (Boulay) serait le moyen le plus simple et le plus pratique.

Lorsque la perte de substance a été étendue on peut essayer de prévenir la récidive en remplaçant la muqueuse par des greffes de Thiersch (Gersung) ou même par une greffe cutanée, cartilagineuse ou osseuse (Schimmelbusch, Lordez, König, Bies, etc.) ; les fragments de cartilage peuvent être empruntés au thyroïde (König), à un cartilage costal (Mangolott, Nichues).

Résection partielle ou totale du larynx. — Dans les cas compliqués où les cartilages sont malades, on doit réséquer une étendue plus ou moins considérable du squelette laryngien. On a même réséqué transversalement la région cricoïdienne, siège habituel des rétrécissements invétérés et suturé la trachée au moignon laryngien (Küster).

Le rétrécissement fibreux simple du larynx ne justifie pas une extirpation de l'organe, mais en cas de chondrites et de périchondrites suppurées interminables on est autorisé à employer cette mesure extrême (Krause, Jaboulay).

Choix du procédé à employer. — La conduite à tenir dépendra de la nature, du siège, de l'étendue du rétrécissement. Le rétrécissement tuberculeux n'est pas justiciable de la dilatation ; peut-être dans certains cas de lésions viscérales très limitées, sera-t-on tenté de supprimer, par la laryngofissure, les lésions tuberculeuses et la sténose.

Le lupus peut se trouver très favorablement influencé par les tubes de Schrötter, et des attouchements avec des topiques divers.

Le rétrécissement fibreux d'origine syphilitique ne comporte d'indication spéciale, après insuccès du traitement spécifique, qu'autant qu'il s'accompagne de fistules par périchondrite. Dans ce cas, on songera d'emblée aux interventions laryngées par voie externe avec résection des cartilages nécrosés et du tissu fibreux.

Degré, siège, étendue. — Chez l'adulte il est facile d'apprécier au laryngoscope le siège et le degré du rétrécissement ; on pourra compléter cet examen par l'exploration avec une sonde. Au point de vue du siège, il faut distinguer les rétrécissements sus-glottiques, glottiques, sous-glottiques. Les deux premiers sont susceptibles d'être traités par la voie endolaryngée. Pour les rétrécissements sous-glottiques, s'ils sont membraneux, on fera soit le tubage, soit la dilatation, par le procédé de Schrötter avec ou sans incision préalable.

Pour les rétrécissements peu serrés on pourra se contenter de la dilatation ou du tubage sans trachéotomie ; pour les rétrécissements serrés, on devra faire la trachéotomie, ensuite, si le rétrécissement est mince, il pourra être dilaté brusquement par l'écarteur à branches divergentes avec ou sans incision préalable, et dilaté avec des sondes ou des tubes consécutivement. S'il est étendu en hauteur, on essaiera d'abord la dilatation avec les cathéters métalliques, ou, s'ils ne peuvent passer, la dilatation avec les bougies en gomme, puis le procédé de Corradi par les laminaires. On reviendra ensuite à la dilatation.

Si le rétrécissement ne se laisse pas vaincre, ou s'il revient sur lui-même du fait de son élasticité on tentera l'électrolyse ou la laryngofissure.

Chez l'enfant, les instruments endolaryngés ne peuvent être employés, sauf sous chloroforme ; en revanche, le tubage sera la méthode de choix quand le larynx aura un certain calibre. Sinon, pour amener le larynx au calibre nécessaire, on emploiera la méthode des mandrins dilatateurs, les bougies, la laminaire. D'après Boulay, si au bout d'un an de pratiques diverses de dilatation, on

n'a pas de résultat, on doit recourir à la laryngofissure sans trop tarder ; à cet âge le larynx rétréci risque de rester atrophique et insuffisant pour toujours.

Surveillance ultérieure. — Ces malades, surtout les enfants, doivent être suivis pendant longtemps après la guérison. Il faudra parfois faire à de longs intervalles des séances de dilatation pour maintenir les résultats acquis. A l'occasion d'une laryngite aiguë les tissus peuvent se tuméfier, occasionner une sténose aiguë nécessitant tubage ou trachéotomie.

Discussion.

Boulay. — La difficulté du traitement des sténoses laryngées dépend plus de l'étendue en hauteur que du degré de stricture.

Dans son cas suivi de succès (Congrès de 1900), l'électrolyse parut indiquée parce qu'on avait affaire à un adulte, à un rétrécissement haut situé. L'électrolyse à l'aiguille permet de voir exactement ce que l'on fait, de limiter son action. Il n'en serait pas de même de l'électrolyse linéaire. Celle-ci ne donne pas, du reste, de résultats durables dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Ruault. — Les rétrécissements syphilitiques sont les plus fréquents. Ils sont variables en étendue, en profondeur, ils peuvent être muqueux, sous-muqueux, cartilagineux même comme dans un cas personnel constaté à l'autopsie. En présence des progrès de la chirurgie, il est disposé à proposer dans un cas semblable la laryngofissure d'emblée qui, non-seulement sera curatrice, mais encore permettra mieux que toute autre méthode de se rendre un compte exact de la profondeur des lésions.

Moure. — Les rétrécissements sous-glottiques peuvent être dûs, en grande partie, à la présence de la canule après trachéotomie intercricothyroïdienne. Avant de recourir à la thyrotomie, il faut d'abord descendre la canule. Cela pourra suffire. M. Schmiegelow a observé des faits semblables.

Bonain conseille, préalablement à toute autre intervention, l'emploi des tubes d'O'Dwyer qui lui ont donné d'excellents résultats.

Piaget a vu un rétrécissement syphilitique extrêmement mince membraneux et cependant extrêmement rebelle.

Collinet répond à M. Boulay qu'il a proposé l'électrolyse linéaire parce qu'elle lui semblait plus rapidement efficace que l'électrolyse à aiguille ; il pense qu'on pourrait limiter l'action au

points malades ; mais ce sont des vues purement théoriques, puisqu'il ne connait aucun cas où elle ait été pratiquée.

Contrairement à Ruault, C. pense que la laryngofissure ne sera, en général, indiquée qu'après échec des divers modes de dilatation.

Il persiste à ne pas croire avec Moure et Schmiegelow que c'est le siège de la canule qui est défectueux dans la trachéotomie intercrico-thyroïdienne, mais l'adaptation de la canule. Il suffisait de changer la canule pour favoriser la guérison.

Castex. — **Lymphome diffus pharyngo laryngé.** — Castex communique, au nom du Dr Thiroloix et au sien, un cas rare de lymphome survenu sur un homme robuste et siégeant à l'amygdale linguale, l'amygdale palatine droite, la glande sublinguale droite et dans le larynx sur la bande ventriculaire gauche. Des ganglions, de dimension moyenne, se montraient dans la moitié supérieure de la région carotidienne gauche. Sur la base de la langue, le miroir découvrait cinq ou six bourrelets juxtaposés dirigés verticalement, d'un diamètre de 4 à 5 millimètres en moyenne. Dans les fosses nasales, la muqueuse des cornets moyens avait l'apparence myxomateuse. Le diagnostic clinique semblait bien être : lymphadénome, mais, pour plus de sûreté, Castex prit un fragment avec la pince coupante. La pièce examinée séparément au microscope par les Drs Thirolvoix et Rabé, montra du lymphome pur contenant de très grosses cellules unicléées. Comme tout le mal ne pouvait être enlevé, et comme aucune indication formelle d'opérer ne se présentait, il fut décidé qu'on ferait au malade des injections sous-cutanées de bibromhydrate de quinine et de cacodylate de soude. Une vingtaine de chaque a été pratiquée.

L'amélioration a été sensible, le néoplasme s'est arrêté dans son développement, les ganglions ont diminué des deux tiers, l'amaigrissement s'est arrêté et le malade a pu reprendre sa vie habituelle.

Toubert (de Paris). — **Diagnostic des cellulites mastoïdiennes postérieures.** Ce travail est basé sur dix observations dont deux personnelles. Les conclusions en sont les suivantes :

1° L'anatomie normale indique que dans près de la moitié des cas il existe des cellules mastoïdiennes postérieures. D'où cette déduction clinique que la moitié des mastoïdites peuvent se compliquer de cellulite postérieure : si cette complication ne se produit

pas plus souvent, c'est parce que ces cellules peuvent se drainer spontanément par l'antre ;

2° L'étiologie ne fournit aucun élément de diagnostic : ni l'âge, ni le sexe du sujet, ni la nature ou l'ancienneté de l'otite n'ont d'importance ;

3° L'évolution clinique fournit des signes de valeur différente. Les signes généraux ne donnent aucun appoint au diagnostic. L'examen otoscopique ne peut rien donner. La douleur locale, le long du bord postérieur de la mastoïde, est un excellent signe, malheureusement inconstant. Un œdème ou un abcès localisés à la partie postérieure de la mastoïde sont des symptômes de très grande valeur ;

4° L'intervention est, en vérité, le seul moyen vraiment certain de faire un diagnostic sûr et précis. Cette intervention sera une simple incision cutanée, quelquefois l'ouverture de l'os sera nécessaire : antrotomie ou cellulotomie ;

5° Enfin à l'autopsie (dans les cas malheureux) on fera le diagnostic rétrospectif si l'on pratique avec soin l'examen du temporal à l'aide de coupes appropriées.

Discussion.

Moure fait remarquer que le plus souvent, au cours des opérations pour mastoïdites, les cellules postérieures ne sont pas isolées, mais communiquent avec l'antre qui, lui aussi, est atteint. Il faut toujours chercher cette communication avec l'antre.

Moure et Lermoyez insistent sur la nécessité absolue d'abattre toujours et complètement la corticale externe, et d'explorer la totalité de la mastoïde, faute de quoi on serait exposé à laisser, sans les traiter, des abcès extraduraux, des abcès de la pointe, etc. Il ne faut pas compter sur les signes cliniques pour les dépister.

Georges Laurens. — **Craniectomie pour ostéomyélite du temporal d'origine otique** (sera publié *in-extenso*).

M. Mouret (de Montpellier). — **Raports de l'apophyse unifor[m]e avec les cellules ethmoïdales et le méat moyen.** — M. Mour[et] communique ses recherches anatomiques sur l'aphophyse un[i]forme.

L'extrémité supérieure de l'apophyse ne se détache pas toujou[rs]

de la face profonde de l'agger nasi; elle remonte très souvent plus haut, ménageant entre elle-même et l'agger nasi et la lame des cornets un diverticule plus ou moins grand, qui n'est autre chose que la cellule ethmoïdale que l'auteur a, dans ses précédentes publications, appelée *pré-infundilulaire* par l'intermédiaire de laquelle le sinus frontal s'ouvre assez souvent dans le méat moyen.

L'extrémité inférieure présente des rapports assez bien connus avec le cornet inférieur, le palatin et le maxillaire supérieur : elle contribue à fermer le large hiatus de l'os maxillaire. Lorsque cette extrémité reste peu développée et ne va pas jusqu'au palatin, il en résulte une minceur extrême de la paroi sinusienne à ce niveau, qui peut même se transformer en un trou *très large* parfois, orifice *accessoire* du sinus maxillaire.

Le corps de l'apophyse, plus ou moins large suivant les sujets, peut parfois simuler une tumeur proéminent dans le méat moyen. Cette saillie peut cacher la gouttière de l'infundibulum et masquer l'orifice du sinus maxillaire ; elle peut être prise pour la bulle ethmoïdale.

Elle est dûe soit à une luxation en masse de l'apophyse dans le méat moyen, soit à une éversion du bord postérieur de l'apophyse, soit à la transformation de la lame unciforme en une vésicule osseuse dans laquelle est creusé un diverticule de la gouttière de l'infundibulum.

Le rhinologiste doit être bien prévenu de ces dispositions possibles pour pouvoir bien s'orienter dans l'inspection du méat moyen.

E. J. Moure (de Bordeaux). — **Tumeurs malignes de l'ethmoïde.** — Dans les cas où l'on est obligé d'intervenir sur l'ethmoïde pour extirper par la voie externe une tumeur maligne, épithéliale, sarcomateuse ou autre, Moure pense qu'il est possible d'enlever complètement cette portion de la partie supérieure des fosses nasales, à l'aide d'une opération relativement très simple et sans gravité.

On rabat d'abord le nez à l'aide d'une incision verticale partant de l'angle interne du sourcil et descendant jusqu'à l'entrée des narines, au niveau de l'insertion de l'aile du nez, sur la lèvre supérieure. Cette première incision étant faite, à l'aide de la rugine, on décolle les parties molles en dedans, au niveau de l'os propre et de l'épine nasale et frontale ; en dehors, sur la branche montante du maxillaire supérieur, jusque vers l'os unguis, en ayant

soin de refouler avec précaution la partie membraneuse du canal nasal, de manière à ne pas créer de fistule extérieure. Ceci fait, à l'aide de la pince-gouge, ou mieux encore des cisailles, on résèque une partie de la branche montante du maxillaire supérieur, une portion de l'os inguis, l'os propre du nez et l'épine nasale du frontal; on crée ainsi une large rainure qui donne accès sur la totalité du corps de l'ethmoïde, et par conséquent permet l'extirpation facile et complète de cet os. Il suffit, en effet, de prendre une gouge qui, d'avant en arrière, suit la lame criblée de l'ethmoïde jusqu'au niveau du corps du sphénoïde, de rabattre ensuite tout ce qui se trouve au-dessous, avec la curette; on obtient ainsi un évidement absolu de la région. Ce procédé permet même d'aller très facilement et sans danger dans le sphénoïde pour opérer les tumeurs de cette région, ou certaines lésions graves nécessitant une opération par la voie externe.

Une fois les choses remises en place, le nez recousu, c'est à peine s'il existe une légère dépression au niveau de l'angle interne de l'œil. Le résultat esthétique est donc parfait.

Chevalier (Le Mans). — **Une observation de fibro-myxome du naso-pharynx.** — Cette tumeur naso-pharyngienne était remarquable par son volume qui atteignait celui d'un œuf de poule; sa base d'implantation était le dos du voile du palais, elle obstruait la fosse nasale gauche, et avait un prolongement vers la fosse nasale droite.

Elle s'était développée chez un jeune homme de seize ans, celui-ci était sujet aux saignements de nez.

L'extraction de ce gros polype fut très laborieuse; la fosse nasale gauche étant très étroite congénitalement et le cornet inférieur très volumineux, il fallut d'abord faire une turbinotomie antérieure. L'extraction à l'anse froide ne fut pas possible, en raison de la dureté du pédicule; elle eut lieu avec l'anse galvanocaustique de Chardin, introduite par la fosse nasale gauche, puis à son arrivée dans le pharynx guidée, conduite par l'index gauche sur le pédicule. La section se fit graduellement en faisant passer le courant à courts intervalles.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibro myxome; à la surface de la tumeur l'épithélium est pavimenteux par suite du frottement; au début, il est cylindrique, comme o le voit dans plusieurs dépressions de la surface qui n'ont pas ét exposées aux frottements.

En dedans est un tissu muqueux avec un substratum fibrillaire très délié et très fin ; on observe des cellules migratrices rondes, des cellules allongées et surtout des cellules du type muqueux, à deux ou trois prolongements, étoilées, caractéristiques ; des vaisseaux réduits à leur endothélium, ou entourés d'une couche musculaire peu épaisse ; de petites logettes remplies d'œdème (polype muqueux à aréoles, polype infiltré).

Au niveau du pédicule ce sont les cellules allongées et le tissu fibrillaire condensé qui font la caractéristique de la coupe prise à ce niveau.

L'auteur de ce travail insiste sur le diagnostic qui peut quelquefois présenter des difficultés ; il faut songer aux polypes fibreux naso-pharyngiens, aux kystes volumineux du naso-pharynx, au polype du nez plongeant dans le cavum.

Le traitement présente aussi des difficultés et il ne faut pas s'en tenir à un mode exclusif de traitement chirurgical.

Jacques (de Nancy). — **Névropathie nasale et pseudosinusites.** — Le tableau clinique de l'hydrorrhée nasale peut être modifié par l'hystérie au point de simuler une altération plus sérieuse et particulièrement une sinusite mucopurulente chronique. Dans 2 cas qu'il relate, J. est intervenu sur le sinus frontal. Il s'agissait de deux femmes de 15 et 30 ans, névropathes l'une et l'autre, se plaignant d'une céphalée violente et prolongée à siège sourcilier bilatéral, s'accompagnant de rhinorrhée louche, profuse, et d'une dégénérescence polypoïde des cornets. La diaphanoscopie montrait une obscurité bilatérale des sinus frontaux. Cette obscurité était due à la réduction des cavités frontales ; l'hypersécrétion et la douleur étaient, l'une et l'autre, névrose hystérique et variaient parallèlement l'une et l'autre, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire dans les rhinites hydrorrhéiques. L'intervention exploratrice pratiquée sur l'un des sinus amena, chez les deux malades, une suppression immédiate et bilatérale des troubles sécrétoires et sensitifs, suppression d'ailleurs temporaire : quatre jours dans un cas et quatre semaines dans l'autre. Dans l'un et l'autre cas survinrent ultérieurement d'autres accidents rhino-laryngés de nature hystérique : aphonie, toux spasmodique.

Dans des circonstances analogues, le diagnostic sera fondé : sur les antécédents névropathiques ; sur l'absence, constatée à plusieurs reprises au laryngoscope, de coulée purulente proprement dite dans les régions méatiques moyenne ou supérieure ; sur

l'aspect particulier de la dégénérescence de la muqueuse, plus pâle, plus flasque, plus régulière de surface et surtout plus diffuse que dans les empyèmes annexiels chroniques et atteignant le cornet inférieur comme le cornet moyen. Le traitement devra essentiellement consister dans les pratiques de la suggestion thérapeutique.

BRINDEL (de Bordeaux). — **Nouveau mode de traitement du coryza atrophique ozénateux par les injections interstitielles de paraffine.** — J'ai injecté de la paraffine d'Eckstein, fusible à 60° seulement, dans les cornets inférieurs de dix malades atteints de coryza atrophique ozénateux, chez lesquels l'élargissement des fosses nasales par atrophie des cornets et de la muqueuse était porté à son maximum.

J'ai déterminé, chez tous ces malades, l'apparition d'une sorte de coryza hypertrophique artificiel et il en est résulté, en quelques jours, la suppression totale de l'ozène et de la formation des croûtes.

Mes premières expériences ne datant que de deux mois et demi, je ne puis donner que les résultats immédiats qui paraissent excellents. L'avenir seul nous apprendra s'ils sont définitifs comme ils le paraissent.

LANNOIS (de Lyon). — **L'audition dans l'atrésie congénitale de l'oreille.** — M. Lannois rapporte trois observations d'atrésie de l'oreille avec microtie, dans lesquelles l'audition persistait à un degré plus ou moins élevé. Dans 1 cas, notamment, où l'atrésie était double, l'enfant soutenait une conversation ordinaire, allait à l'école, etc. L'examen avec les diapasons montre que dans les faits de ce genre le nerf auditif est conservé : les diagrammes sont ceux des lésions de l'appareil conducteur des sons, tous les diapasons étant perçus par la voie crânienne et la partie inférieure de l'échelle faisant défaut pour la conduction aérienne. Il n'y a pas lieu d'intervenir chez ces infirmes, même dans les cas qui paraissent le plus favorables, en raison des malformations coexistantes de l'oreille moyenne, d'autant plus qu'il est impossible de maintenir la béance du conduit artificiel opératoire.

JACQUES (Nancy) et BERTEMÈS (de Charleville). — **Traitement opératoire des kystes paradentaires antérieurs du maxillaire supérieur.** — Les kystes issus des alvéoles des dents molaires supé

rieures se développent principalement aux dépens de la cavité de l'antre d'Highmore, dont ils refoulent le plancher en haut et en dedans.

A ces tumeurs, il convient d'appliquer le *modus operandi*, recommandé en mars 1900 par MM. Jacques et Michel et consistant dans l'extirpation totale de la poche kystique par voie buccale, suivie de mise en communication large de la cavité osseuse résultante avec le sinus maxillaire, puis suture immédiate de l'incision buccale. — Quand, au contraire, le kyste naît des racines des dents antérieures, incisives et canines, la déformation prédomine vers le plancher nasal, en respectant le sinus : c'est, en ce cas, avec la fosse nasale que la communication devra être établie et le drainage pratiqué. Deux observations en font foi, dans lesquelles la guérison a été obtenue en deux et trois semaines, sans lavages prolongés ni tamponnements pénibles pour le malade et fastidieux pour le chirurgien.

H. Lavrand (de Lille). — **La respiration bucco-nasale est possible.** — Peut-on respirer à la fois par le nez et par la bouche? Nous avons examiné à ce point de vue cent quatre-vingt-six sujets et chez tous, à très peu d'exceptions près, nous avons constaté la respiration bucco-nasale à l'aide de miroirs placés l'un devant la bouche, l'autre devant les fosses nasales. Il faut, pour le démontrer, que le patient obéisse à deux conditions : 1° qu'il ouvre peu la bouche ; 2° qu'il laisse son voile du palais inerte, sans contraction. Donc, plus l'observation sera simplifiée comme appareils, mieux on parviendra à son but, qui est d'éviter les contractions réflexes perturbatrices du voile.

Chez un malade plongé dans un sommeil à demi-comateux, partant pas de réflexes troublants, nous avons observé très nettement cette respiration bucco-nasale.

Voici, d'ailleurs, les conclusions du travail :

Elle complète la respiration nasale insuffisante pendant un exercice tendant à l'essoufflement. Elle se produit :

1° Lorsque la bouche est légèrement entr'ouverte, car la langue n'est pas alors trop abaissée et le canal pharyngo-buccal n'est pas trop large proportionnellement au pharyngo-nasal ;

2° Lorsqu'en même temps le voile du palais ne se contracte pas, qu'il pend entre la langue et la paroi postérieure du pharynx : il divise alors le courant d'air expiré comme cela se passe dans un tuyau d'orgue ;

3° L'inspiration comme l'expiration peut se faire par le nez et la bouche simultanément;

4° Le soi-disant vide intra-buccal de Donders n'existe pas : il est produit par la succion; par suite, il ne saurait troubler la respiration bucco-nasale.

J. Molinié (de Marseille). — **Tumeur tuberculeuse de la cloison.** — Le malade, qui fait l'objet de cette observation, était tuberculeux avancé. Il présentait sur la paroi droite de la cloison cartilagineuse une tumeur du volume d'une amande, qui fut enlevée à l'anse galvanique. Malgré cette intervention, cette tuberculose locale continua à évoluer et fut remplacée par une ulcération. L'examen histologique a montré que cette néoplasie était exclusivement composée de cellules géantes séparées par des cellules épithélioïdes et des leucocytes. A la surface, l'épithélium a disparu pour faire place à une ulcération.

Cette observation permet de considérer cette forme de tuberculose nasale comme une infection locale due à l'inoculation du bacille tuberculeux par l'introduction du doigt. La constitution histologique explique la marche habituelle de ces néoplasies tuberculeuses qui se terminent par l'ulcération. Cette terminaison est la conséquence du processus évolutif du nodule tuberculeux qui aboutissait fatalement à la dégénérescence caséeuse.

Hamon du Fougeray (du Mans). — **Des gazes à la quinoline naphtolée dans le traitement des otites moyennes purulentes.** — L'auteur a été le premier en France à employer dès 1894 les gazes antiseptiques dans le pansement des otites moyennes purulentes. Depuis, il a expérimenté un grand nombre de gazes différentes. La gaze à la quinoline naphtolée de Haug (de Munich) lui a constamment donné les meilleurs résultats.

Aujourd'hui, on trouve dans le commerce trois sortes de gazes à la quinoline naphtoïée : la gaze blanche, la gaze jaune et la gaze brune.

Lorsque la quinoline est absolument pure, elle est incolore et donne la gaze blanche. Quand elle contient du leucol, pyrrhol, lépidine et autres amines, elle donne la gaze jaune. Si cette dernière est laissée exposée à l'air, elle s'oxyde et devient brune.

L'auteur a voulu contrôler s'il n'existait pas des différences d'action, au point de vue thérapeutique, entre ces trois gazes. Il est arrivé à conclure, d'après ses très nombreuses expériences, que :

1° La gaze blanche n'est nullement irritante : elle peut même servir de pansement dans les cas d'eczéma du conduit ;

2° La gaze jaune est plus antiseptiqué (leucol, pyrrol, etc.) et doit être employée dans les cas ordinaires d'otites moyennes purulentes aiguës ou chroniques ;

3° La gaze brune convient mieux aux cas de suppurations atoniques ayant besoin d'être stimulées.

L'auteur, avec ces diverses gazes, a fait plus de 20 000 pansements sur plus de 3 000 malades. Il regrette que cette méthode ne se soit pas vulgarisée davantage.

Bonain (de Brest). — **Cancer du larynx opéré avec succès par voie endo-laryngée.** — Cas très intéressant d'épithélioma tubulé de l'éminence aryténoïde et du ligament aryténo-épiglottique gauches observé chez une religieuse âgée de 52 ans. L'état général était mauvais, la déglutition était très pénible, déterminant des irradiations douloureuses dans l'oreille gauche.

Toutes les parties suspectes furent enlevées avec la pince emporte-pièce antéro-postérieure, en une seule séance ; puis, pour sacrifier aux idées du moment, une dose de 0,25 c. de chlorhydrate de quinine fut administrée tous les jours pendant quatre mois consécutifs et ensuite à intervalles de plus en plus éloignés. La guérison fut très rapide et s'est maintenue depuis vingt et un mois.

L'état du larynx est actuellement aussi bon que possible. D'aspect normal, sauf une très légère déformation du côté gauche, le larynx ne présente pas la moindre trace de récidive ni le moindre trouble fonctionnel.

Avec Fränkel, Scheier et Juraz, M. Bonain est d'avis que l'intervention endo-laryngée contre les tumeurs malignes du larynx ne saurait être abandonnée. Souvent très simple d'exécution, très bénigne dans ses suites, elle amène en certains cas une complète guérison, tout aussi bien qu'une opération par voie externe offrant toujours plus de danger. Elle permet en tout cas, si le succès n'est pas obtenu, une intervention plus complète par voie externe, exécutée après un diagnostic précis et sans arrière-pensée cette fois.

Aimar Raoult. — **Phlegmon de la fosse temporale externe d'origine otique.** — Il s'agit d'un homme atteint d'une otorrhée ancienne qui fut pris tout à coup de gonflement avec douleur de la

région sus-auriculaire. En quelques jours, la lésion s'étendit à toute la fosse temporale avec œdème de presque la moitié de la face du même côté. Il y avait aussi un œdème inflammatoire de la région mastoïdienne. A la région temporale, on ne trouvait pas de signes nets de fluctuation. Le malade présentait des signes d'infection très marqués.

L'auteur pratiqua une large incision contournant le sillon auriculaire en arrière et en haut et se portant en avant jusqu'au tiers postérieur de la région temporale. Le foyer purulent était situé entre l'aponévrose et le muscle temporal. L'os fut trouvé sain au niveau de la mastoïde et au niveau de l'écaille du temporal. Les jours suivants, il se produisit sphacèle du tissu cellulaire et il s'élimina des lambeaux d'aponévrose.

Lorsque la plaie fut détergée et en voie de cicatrisation, l'auteur alla à la recherche de la lésion otique, point de départ de l'infection.

Le conduit était complètement obstrué par les tissus tuméfiés. Il existait plusieurs points d'ostéite du conduit osseux: l'antre était très réduit de volume. Après le curettage du conduit et de la caisse du tympan, la cicatrisation se fit rapidement.

L'auteur conclut que si, dans ce cas, il y a comme cause primitive de l'infection des points d'ostéite du conduit, on ne peut admettre que ce soit une ostéite ou une périostite par propagation qui provoquent la suppuration de la fosse temporale, car l'os était absolument sain au-dessous du phlegmon.

L. Bar (Nice). — **Contribution à l'étude des abcès juxta-pharyngiens.** — Il s'agit de 2 cas de phlegmons latéro-pharyngiens, observés depuis leur début jusqu'à leur terminaison, dont l'un aboutit à la résolution complète sans suppuration et par un traitement absolument médical; l'autre donna lieu bientôt à une collection purulente circonscrite avec phénomène dyspnéique par compression sur le larynx et la trachée. Il guérit par une intervention chirurgicale qui fut l'incision par voie buccale.

Par ces deux observations, l'auteur est conduit à quelques considérations de diagnostic et de thérapeutique.

Le diagnostic précis est souvent difficile, surtout au début où l'inflammation peut être considérée comme un état angineux simple. — Quand la tumeur est formée elle peut, par des phénomènes de compression, déterminer des dyspnées, etc., qu'on est porté, sans examen minutieux, à localiser aux premières voies

respiratoires, d'où quelquefois trachéotomie, etc., conséquence d'une erreur de diagnostic.

Le traitement des abcès se fait par la voie buccale, voie difficile et très dangereuse à cause des morts subites, des hémorrhagies auxquelles elle expose. La voie externe ou cervicale, beaucoup plus difficile à suivre, est considérée comme plus sûre, surtout celle de Sacch, mais à cause de la peine considérable qu'il y a à franchir, sans faute opératoire, la région carotidienne, la voie buccale est la méthode de choix.

CHAVASSE (Paris). — **Sur un cas de tumeur fibreuse (chéloïde) développée sur la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite consécutivement à un décollement traumatique sous-cutané, sans plaie, de la peau de cette région.** — La tumeur s'est développée en quatre mois et avait le volume d'un marron. Elle était adhérente au fibro-cartilage et à la face profonde de la peau. L'examen histologique pratiqué, après l'ablation, a montré que la production, constituée par du tissu fibreux, avait pris naissance dans l'épaisseur du derme qu'elle avait atrophié ; fait particulier, elle avait isolé par places des amas de cellules de Malpighi qui formaient de véritables globes épidermiques, assez analogues à ceux d'un épithélioma.

La forme du pavillon fut reconstituée par une opération autoplastique.

Ces tumeurs, assez fréquentes sur le lobule de l'oreille, sont très rares sur les autres parties du pavillon.

TEXIER (de Nantes). — **Contribution à l'étude du diagnostic des lésions de la partie moyenne des fosse nasales.** — L'exploration des fosses nasales, à l'aide de la rhinoscopie antérieure et de la rhinoscopie postérieure, reste incomplète ; le bord inférieur du cornet moyen marque la limite de ce que l'on peut voir à la rhinoscopie antérieure pour la fente olfactive et la face externe du cornet moyen cache la vue du méat moyen. Etant donné le nombre des affections de la région moyenne des fosses nasales, un mode d'examen plus complet était nécessaire. Il a été réalisé par le Prof. Killian. Se basant sur la mobilité latérale du cornet moyen et la facile dépression de la cloison, il fit allonger les valves du spéculum de Krammer, qui permit ainsi d'écarter facilement les parois de la région moyenne des fosses nasales l'une de l'autre. Le spéculum dont se sert l'auteur est fait sur le modèle du spé-

culum de Duplay, les valves, d'une largeur de 80 millimètres environ, sont minces, posées l'une sur l'autre à plat, dépolies à leur partie interne et s'écartent à l'aide d'une vis. L'examen des fosses nasales préalablement cocaïnées doit être fait lentement et avec douceur, le spéculum est introduit fermé, soit entre le cornet et la cloison pour explorer la fente olfactive, soit entre le cornet et le méat pour explorer le méat moyen ; poussé plus à fond, jusqu'à la face antérieure du sphénoïde, il permet l'examen du sinus sphénoïdal. Un éperon de la cloison ou une déviation peu accentuée de la cloison ne sont pas un obstacle à l'exploration.

A l'aide de ce procédé, le diagnostic et le traitement des affections du méat moyen, soit qu'elles naissent sur place (polypes, tumeurs, accroissements de la bulle ethmoïdale, sinusite ethmoïdale), soit qu'elles résultent d'affection de voisinage (sinusite frontale ou maxillaire), sera plus facile. Pour les tumeurs de la fente olfactive, ce mode d'examen permettra de voir des tumeurs dont la marche insidieuse est si fréquente.

Enfin, le sinus sphénoïdal, caché par les cornets moyen et supérieur, devient plus facilement abordable à l'aide de ce nouveau spéculum, et en examinant cette région d'une façon systématique dans toutes les suppurations pharyngée ou nasale, trouvera-t-on plus fréquemment des sinusites sphénoïdales.

MAHU (de Paris). — **Pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien.** — L'auteur présente un travail sur la technique détaillée des pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien, travail basé sur une statistique de 100 cas opérés, soit par M. Lermoyez, soit par lui-même et toujours pansés par lui.

L'auteur attire particulièrement l'attention de la Société sur les points suivants :

1° Régularité et soins apportés dans les pansements qui doivent être faits aseptiquement tous les deux jours et quelquefois même tous les jours ;

2° La durée moyenne est de trois mois, mais peut varier du plus au moins dans des limites extrêmement étendues ;

3° Nécessité d'une épidermisation solide et complète de la cavité creusée dans le rocher et qui devra conserver sa forme primitive après la guérison. L'auteur présente à l'appui deux moulages d'évidés guéris, dans lesquels le rabbattement en volet du

pavillon de l'oreille permet d'apercevoir la forme intérieure de la cavité épidermisée. Suivent plusieurs observations relatant des récidives dans les cas où l'on avait négligé de se conformer à cette règle et d'autres très nombreux d'évidés guéris, comme il est dit plus haut, sans qu'aucun d'entre eux n'ait jamais eu de récidive ;

4° Pour arriver à ce résultat, Mahu pratique le tamponnement méthodique et raisonné de la cavité et la destruction des bourgeons exubérants, des fongosités et des fistules secondaires qui aboutissent, le plus souvent, à des séquestres ou à des débris de cholestéatome ;

5° L'auteur préfère à la suture immédiate de l'orifice postérieur au moment de l'opération, la fermeture lente et progressive au cours des pansements, une fois que cet orifice a cessé d'être utile pour l'examen de certains recoins de la cavité opératoire.

Aimar Raoult (de Nancy). — **Instruments pour le morcellement et l'évidement des amygdales.** — L'auteur présente trois instruments destinés à découvrir la fossette sus-mygdalienne, à sectionner les adhérences maintenant l'amygdale aux piliers et enfin à morceler l'organe hypertrophié. Ce sont : 1° Un petit couteau boutonné monté à angle obtus sur un manche long et étroit ; il est destiné à sectionner le repli semi-lunaire afin de bien découvrir la fossette sus-amygdalienne. On l'introduit à plat sous ce ligament, puis on le redresse en portant le tranchant en haut, et sur ce tranchant on coupe très facilement le repli membraneux.

2° Une petite serpe destinée à sectionner les adhérences de l'amygdale. Elle se compose d'une partie mousse droite qui forme l'extrémité de la serpe et sert de chercheur, et enfin de la serpe proprement dite, séparée de la première partie par un ressaut. Ce ressaut empêche l'instrument de déraper au moment où l'on pratique la section des adhérences.

3° Une pince gouge fonctionnant par glissement d'avant en arrière. Ce n'est qu'une modification de l'instrument présenté il y a deux ans par l'auteur. Dans celui-ci, l'emporte-pièce a été remplacé par deux cuillers coupantes ressemblant à celles de la pince de Vacher. Au moyen de cet instrument qui peut être manié uniquement de la main droite pour les deux amygdales, on nettoie très rapidement la loge amygdalienne et surtout la fossette sus-amygdalienne. L'auteur a pratiqué un assez grand nombre de morcellements d'amygdale au moyen de cet outillage et a eu toujours de très bons résultats.

Rapport verbal de M. Moure, de Bordeaux, qui, par empêchement de M. Gaudier, a bien voulu sur la demande du bureau, se charger d'introduire la discussion sur cette intéressante question.

Moure. — Il faut distinguer la conduite à tenir avant et après la perforation de la membrane du tympan.

Alors qu'il n'y a pas de perforation, dans certains cas on peut avoir de vives douleurs, de la rougeur et du gonflement de la membrane, on n'intervient pas, et l'otite guérit ainsi sans perforation, sans jamais se transformer en otite moyenne suppurée ouverte. En pareille occurrence certains auristes font toujours d'emblée la paracentèse, d'autres attendent. Après la paracentèse, la transformation de l'otite en otite suppurée est fatale.

Chez l'enfant, les indications de la paracentèse sont : la douleur très violente, des phénomènes généraux intenses, tout le monde est d'accord sur l'urgence opératoire.

Chez l'adulte, si les douleurs ne sont pas très violentes, si le tympan n'est pas très bombé, s'il n'y a pas de phénomènes généraux, M. est d'avis d'essayer le traitement résolutif: vaseline cocaïnée dans les fosses nasales, inhalations chaudes, révulsion sur la mastoïde au moyen du chlorure d'éthyle, sur le tympan au moyen du mélange de Bonain qui est analgésique. Les indications de la paracentèse seront la persistance et l'intensité des douleurs, la fièvre, l'imminence d'une perforation spontanée haut située.

La paracentèse devra être large, antéro-inférieure.

Après la paracentèse. — A cette période, pas de pansement sec à cause de la rétention possible. On aura recours aux injections doucement et convenablement faites ; elles sont utiles, M. les a vues plusieurs fois faire cesser des phénomènes de rétention dus au pus concrété dans le fond du conduit.

Faut-il insuffler de l'air par la trompe ? non, car c'est la voie suivie par l'infection : On risquerait de plus de rouvrir une plaie tympanique ne demandant qu'à se fermer. La fréquence des injections dépendra de l'abondance de l'écoulement. On continuera l'asepsie nasale et naso-pharyngienne. En un mot, il faut favoriser le drainage et le surveiller.

Lorsque la suppuration devient peu abondante, on remplacera les lavages par le pansement sec.

Quand la perforation se refermant, on constate vers le 15e jour que la mastoïde est toujours douloureuse, on peut réinciser la membrane ; si les phénomènes douloureux persistent et que la membrane se referme en 24 ou 48 heures, il y a indication formelle à abandonner à elle-même l'otite qui est guérie pour s'attaquer à la mastoïdite qui a évolué pour son propre compte.

Après la guérison de l'otite, quelques insufflations d'air serviront à assurer le retour de l'audition normale.

LUC. — Une fois la perforation faite, nous ne pouvons rien ; la persistance de la suppuration peut être due à la petitesse de cette perforation ; on est en droit de se demander si, en présence d'un écoulement d'emblée et durable, le mieux n'est pas de drainer la caisse par l'autrotomie, en l'absence de tout signe de mastoïdite.

LUBET-BARBON. — Au début de l'otite, avant la perforation spontanée, il vaut mieux faire le plus possible la paracentèse. Si à ce moment l'otite est séreuse, elle ne devient pas fatalement suppurée du fait de la paracentèse.

L. B. est de l'avis de Luc ; toutes les fois qu'un écoulement est très abondant, c'est qu'il y a suppuration de la caisse et de l'antre. On regrette quelquefois de trépaner la mastoïde trop tard, on ne regrette jamais de l'avoir fait trop tôt.

CASTEX. — Les otites paracentésées hâtivement guérissent plus vite que celles où la perforation s'est faite spontanément. Au point de vue fonctionnel, les suites sont meilleures.

LANNOIS. — Une otite aiguë dure trois semaines ou un mois ; si, comme le veut M. Luc, on trépane au bout de quinze jours, il faut encore ajouter trois semaines de pansement. La trépanation ne semble donc pas abréger la maladie.

MOURE répond d'abord à une interrogation de Chavasse qu'il n'enlève pas les végétations adénoïdes au cours d'une otite aiguë ; parce qu'à ce moment elles sont infectées, en état d'adénoïdite.

Quant aux indications de la paracentèse, s'il n'y a pas urgence, on pourra attendre et agir d'après la persistance des douleurs. Pour cette question comme pour celle de l'antrotomie, il est évident du reste que chacun a tendance à conclure d'après quelques faits particuliers. On ne pourrait établir des règles générales que sur des statistiques globales portant sur un nombre suffisant d'observations.

Sur la proposition de son président la Société met la question du

traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée à l'ordre du jour du Congrès de 1904. — MM. Lermoyez, Moure et Lubet-Barbon sont chargés des rapports.

Texier (de Nantes). — **Sur un cas de corps étranger du larynx. — Trachéotomie, suture immédiate. — Guérison.** — Le 13 juin 1901, Mlle Marie B..., âgée de 6 ans et demi, nous est adressée par notre ami le Dr Diet, de Saint-Nazaire, pour un corps étranger des voies aériennes supérieures. Cette enfant fut prise dans l'après-midi du 10 juin, en mangeant des prunes, d'un accès de suffocation terrible ; puis, au bout de quelques instants, tout parut rentrer dans l'ordre ; il persista cependant une certaine difficulté dans la respiration. Les parents donnèrent à l'enfant un vomitif qui fort heureusement ne semble pas avoir provoqué de nouveaux accès de suffocation. Pendant les deux premiers jours, l'enfant fut relativement calme, la toux était peu fréquente, suivie parfois d'accès de suffocation mais ne rappelant pas comme intensité l'accès du premier jour. Ils survenaient surtout la nuit et étaient provoqués le jour par les mouvements de déglutition ou simplement par la marche ou à la suite d'efforts. La voix n'était pas altérée. Le père, inquiet de la fréquence de ces accès, se décida à consulter le Dr Diet qui nous l'adressa immédiatement.

La petite malade qu'on nous amène ne présente pas l'aspect d'une enfant dont la respiration est gênée, elle paraît respirer normalement, on perçoit de temps à autre une toux étouffée, suivie parfois d'un léger accès de suffocation, mais sans bruit de clapet, la voix est normale sans caractère particulier.

L'enfant d'une docilité parfaite se laisse très facilement examiner au laryngoscope. Nous constatons au miroir, dans la portion sous-glottique du larynx et à sa partie antérieure, un corps étranger d'aspect noirâtre, il est impossible d'en distinguer la forme et la nature, il paraît immobile ; nous examinons l'enfant à plusieurs reprises et même après un accès de suffocation provoquée par la déglutition d'un peu d'eau, le corps étranger est dans la même situation ; les cordes vocales sont normales et se rapprochent normalement l'une de l'autre.

Le diagnostic de corps étranger (noyau de prune d'après l'interrogatoire) de la partie sous-glottique du larynx s'imposait ; étant donné le jeune âge de l'enfant, nous n'avons pas pensé un seul instant à extraire ce noyau par la voie endolaryngée et nous

avons conseillé la trachéotomie qui fut acceptée pour le lendemain matin.

Le lendemain màtin, l'examen laryngoscopique ne donne plus l'image de la veille et je ne vois plus dans la région sous glottique le corps étranger. Il a dû se mobiliser sous l'influence des accès de suffocation et tomber dans la trachée.

Je pratiquai immédiatement la trachéotomie, avec l'aide de mon ami le Dr Vignard, je la fis d'une façon lente et méthodique, sous le chloroforme et avec le miroir électrique de Clark.

Le bistouri me conduisit couche par couche jusqu'au canal trachéal ; l'hémostase étant parfaite, j'incisai les trois ou quatre anneaux de la trachée et à l'aide de deux petits écarteurs mousses, les deux lèvres de la plaie furent écartées. Une respiration un peu forte entraina le corps étranger au-dessous de l'incision et l'expiration suivante nous le ramena au niveau de la plaie où il fut facilement saisi à l'aide d'une pince.

C'était un noyau de prune de dimension ordinaire (2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur).

La trachée ne présentant aucune lésion apparente, ni gonflement de la muqueuse, ni érosion, ni suintement sanguin ou purulent, nous nous décidâmes à fermer immédiatement la plaie trachéale.

Nous fîmes une suture superficielle des lèvres de la trachée sans perforation des parois à l'aide d'un catgut fin, puis la réunion de la peau et du plan sous-jacent musculo-aponévrotique, à l'aide de crins de Florence sur toute son étendue.

La plaie fut recouverte d'un peu de gaze iodoformée et d'un peu de coton hydrophile que l'on fixa à l'aide de collodion riciné.

Les suites furent excellentes, la respiration s'effectua librement et les quintes de toux disparurent ; il n'y eut pas trace d'emphysème sous-cutané. L'enfant quitta la clinique le troisième jour et le neuvième jour le pansement collodionné et les crins de Florence furent enlevés par le Dr Diet, qui nous écrivit que la plaie était complètement fermée et sans aucune trace inflammatoire.

L'intérêt de cette observation réside dans le manuel opératoire qui consista à suturer immédiatement la trachée après l'extraction du corps étranger. A ce sujet, nous pouvons nous demander quelle conduite tenir en pareil cas. Devons-nous fermer immédiatement la plaie trachéale ou a-t-on de réels avantages à laisser une canule à demeure quelques jours ? Les auteurs des divers traités de

Chirurgie parus dans ces dernières années ne manifestent pas d'opinion à ce point de vue, seul Lejars, dans son *Traité des opérations d'urgence,* émet un avis très net ; d'après lui, on agit plus sagement en ne cédant pas à la tentation de refermer de suite la trachée. Cette occlusion immédiate a presque toujours abouti, dit-il, à la nécessité de rouvrir la plaie. Contrairement à cette opinion, Moure, dans sa communication du congrès de Chirurgie de 1901, nous donne plusieurs observations où la suture immédiate a été suivie de succès sans aucune complication. Vignard, dans la *Gazette médicale de Nantes* (1900) cite un cas heureux d'extraction d'un grain de café après trachéotomie, suivie également de suture immédiate. Pasteau et Vanverts (*Bull. Société anatomique*, 1896) conseillent également ce procédé et les résultats de notre observation sont en faveur de cette méthode.

Nous ne voyons pas nettement les avantages qui résultent du maintien de la canule dans la trachée plusieurs jours après l'extraction du corps étranger. Si l'expulsion a été immédiate ou a suivi de près l'ouverture de la trachée, si la respiration est rétablie, et si comme c'est le cas le plus fréquent, le corps du délit est un corps lisse (noyau de prune ou de cerise, grain de café, haricot), les muqueuses laryngée et trachéale ne présentent pas de gonflement ou d'éraillure et deviennent rarement le point de départ d'infection, seul argument qu'on peut invoquer en faveur du maintien de la canule.

Réels, au contraire et trop souvent redoutables sont les accidents infectieux broncho-pulmonaires qui résultent du port de la canule, soit qu'ils proviennent de l'introduction directe de l'air froid sur les voies respiratoires, soit qu'elles soient consécutives à l'infection de la plaie canulaire.

La suture immédiate évitera ces complications le plus généralement ; sauf une observation de Pasteau et Vanverts où la plaie dut être rouverte, l'enfant étant pris les jours suivants de broncho-pneumonie, les autres observations ne donnent que de bons résultats. On note parfois cependant dans quelques-unes un peu d'emphysème sous-cutané, qui cède rapidement en faisant sauter un des points inférieurs de la plaie.

Pour faire cette réunion immédiate, les deux lèvres de la plaie seront appliquées l'une contre l'autre et suturées superficiellement sans perforation des parois, à l'aide d'un catgut fin, le plan musculo-aponévrotique sera suturé également au catgut, on mettra plusieurs points de suture à la peau. Un pansement à la gaze

iodoformée sera maintenue en place à l'aide d'une cravate ou de collodion riciné, une huitaine de jours.

Les suites sont généralement bonnes, sans trace d'inflammation, la cicatrice a l'avantage d'être à peine apparente au bout de quelques semaines, grâce à la coaptation parfaite des lèvres de la plaie, ce qu'on n'obtient pas si la canule est maintenue quelques jours dans la plaie trachéale.

LUC. — Le danger de la réunion immédiate c'est l'emphysème. Comment fait M. Texier pour le prévenir.

CHAVASSE, LAVRAND sont partisans de la réunion immédiate.

MOLINIÉ est intervenu une fois pour une épingle fixée au niveau de la bifurcation des bronches. L'opération fut longue et laborieuse ; la trachée fut réunie par suture immédiate. La malade n'en fit pas moins une broncho-pneumomie, consécutive aux manœuvres opératoires multiples ; trente-six heures après l'opération apparut un emphysème qui augmenta d'une façon rapide, gagnant le cou, puis la tête, jusqu'à ce que la mort survînt.

MOURE n'a jamais observé d'accidents. Le meilleur moyen d'éviter l'emphysème est de ne pas faire une suture complète de parties molles. On s'abstiendra par exemple de placer les deux fils inférieurs sur le plan musculaire et sur la peau.

BROECKAERT (de Gand). — **Des injections de paraffine solide en oto-rhino-laryngologie.** — L'auteur démontre d'abord que la vaseline, fusible vers 38° à 40°, n'offre pas les mêmes garanties, au point de vue de la prothèse chirurgicale, que la paraffine, fusible vers 60°, dont la résorption paraît absolument nulle et qui se caractérise par sa rapide solidification.

Alors que les résultats obtenus par les injections de vaseline sont *toujours éphémères*, ceux que donnent les injections de paraffine peuvent être considérés comme *définitifs*.

La paraffine fusible vers 56° est la plus favorable pour la prothèse chirurgicale, parce qu'elle permet de ne pas dépasser une température de 65°, et d'éviter ainsi tout accident de brûlure.

Dans le but d'éviter autant que possible le refroidissement de la paraffine ; il faut choisir une seringue spéciale, dont l'aiguille est en argent et a un diamètre très large, la pointe seule étant plus mince et faite en platine iridié.

La méthode des injections de paraffine a déjà trouvé de nombreuses applications. L'auteur l'a appliquée, avec un succès constant, à 16 cas *d'ensellure du nez*. La seule condition indispensable

c'est que la peau ait conservé une certaine mobilité et qu'il n'y ait pas de cicatrices adhérentes.

A l'exemple de MM. Moure et Brindel, Broeckaert a appliqué également les injections de paraffine à la restauration des cornets atrophiés ozénateux.

Il injecte, dans ce but, en plusieurs séances, de la paraffine fusible vers 50°, et dans laquelle il incorpore, dans la proportion de 5 à 10 %, du gaïaforme, qui, au contact des cellules vivantes, se dédouble graduellement en gaiacol et aldéhyde formique à l'état naissant.

Ce ne sont encore là que des tentatives sur lesquelles l'avenir seul pourra se prononcer.

Comme autres indications de la méthode de Gersuny-Eckstein, il faut citer certains troubles du langage, certaines difformités du pavillon de l'oreille, certaines fistules mastoïdiennes.

Les observations déjà nombreuses prouvent que le procédé des injections de paraffine solide constitue une des plus élégantes acquisitions de la chirurgie moderne, et est appelé à rendre des services considérables en oto-rhino laryngologie.

Moll rappelle qu'il a lu récemment l'observation publiée à Edimbourg d'un cas d'amaurose consécutive à une injection de paraffine, probablement par embolie. Cé n'est donc pas une méthode inoffensive.

Moure confirme les résultats communiqués par M. Brindel. Il a eu par contre des mécomptes dans un cas de cicatrice adhérente, la plaie ayant suppuré. Il est très important d'opérer avec une paraffine pure, convenablement préparée. A Edimbourg, on a peut-être employé non la paraffine, mais la vaseline.

Vacher (d'Orléans). — **Emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général.** — (Publié *in extenso*).

Luc (de Paris). — **De la leptoméningite consécutive à la cure radicale de l'empyème frontal chronique.** — Le cas qui fait l'objet de cette présentation est le deuxième observé par l'auteur sur un total d'une vingtaine. L. rappelle que chez son premier malade les accidents éclatèrent dès le lendemain de l'opération et aboutirent à la mort au bout de 5 jours. Chez le deuxième, au contraire, ils n'éclatèrent que le 4e jour mais emportèrent le malade en 48 heures. Chez tous les deux la symptomatolgie se borna à l'hyperthermie, à une céphalée aussi bien occipitale que frontale, et

secondairement à de la raideur de la nuque. La réouverture du foyer dès l'apparition des premiers accidents montra que sa désinfection avait été et était restée parfaite. Force est donc d'admettre qu'il y eut infection de l'espace sous-arachnoïdien à travers les voies circulatoires intra-osseuses de la paroi profonde du sinus, au au moment du curettage de cette paroi.

Chez ce 2e malade, l'ouverture crânienne fut pratiquée dès le lendemain de l'apparition des accidents. La dure-mère saine fut incisée, il s'écoula alors une grande quantité de liquide céphalo-rachidien clair, mais qui contenait des streptocoques. Cette intervention n'eut aucune influence sur la marche des accidents.

VACHER (d'Orléans). — **Note sur l'extrait de capsules surrénales.** — L'action des capsules surrénales est connue et son emploi tend à se généraliser rapidement. Bien que l'adrénaline ait une action bien plus forte, l'extrait de capsules représentant son poids de capsules fraîches est suffisant dans tous les cas, et il est très facile de s'en procurer.

J'appelle l'attention sur l'emploi de ce médicament dans les catarrhes aigus de la trompe d'Eustache, compliquant le coryza aigu. En quelques minutes, il permet de désobstruer la trompe et de faire le catéthérisme ; répété deux ou trois fois par jour, son action est merveilleuse et constitue un traitement véritablement abortif, préservant des complications otiques. Dans la laryngite aiguë des chanteurs, un attouchement à l'adrénaline décongestionne instantanément les cordes et permet de chanter plusieurs heures. Mais, à la suite, peut survenir une aphonie. Il faut bien se persuader qu'à la vaso-constriction très intense produite par l'adrénaline, succède une vaso-dilatation aussi forte et se méfier des hémorrhagies secondaires. Dans les opérations pratiquées après usage de capsules, il est plus prudent de faire toujours un léger tamponnement, qui préserve des hémorrhagies secondaires.

ESCAT se loue de l'adrénaline comme hémostatique, grâce à elle, il a pu découvrir et extraire sans une goutte de sang une balle de revolver logée dans l'ethmoïde.

MOURE et LUBET-BARBON attirent l'attention sur les hémorrhagies secondaires très importantes consécutives à l'emploi de l'adrénaline pour les opérations intra-nasales.

MOURE, JACQUES, MAHU ont observé, après l'emploi de l'adrénaline dans les coryzas, une amélioration passagère suivie d'une aggra-

vation des symptômes, en particulier d'une hydrorrhée extrêmement abondante.

Lermoyez, qui a observé les mêmes effets, fait remarquer qu'ils sont conformes aux données à la pathologie générale, et que plus la vaso-constriction due à l'adrénaline est intense, plus intense sera la vaso-dilatation paralytique consécutive. Il est intéressant de voir que cette vaso-dilatation provoque de l'hydrorrhée, ce fait est en faveur de la théorie qui attribue à l'hydrorrhée essentielle une origine vaso-motrice.

Vacher. — Contre l'hémorrhagie secondaire, il faut toujours pratiquer un tamponnement préventif après les opérations intranasales. Pour ce qui est de l'hydrorrhée, elle existe en effet, mais cela n'empêche pas le coryza de guérir en deux ou trois jours.

Lermoyez appelle l'attention sur la possibilité d'accidents cérébraux graves, dus à l'hypertension artérielle, en particulier chez les sujets athéromateux, consécutivement à l'emploi de doses trop élevées d'adrénaline.

Moure, dans cet ordre d'idées, a noté quelquefois des vertiges, de la céphalée, il croit que par un dosage convénable on pourra à l'avenir éviter ces accidents.

Castex. — **Débuts de la surdité.** — Il est des indices assez caractéristiques qui annoncent le début des surdités.

Chez l'enfant : on croit souvent à de la distraction quand c'est l'oreille qui entend mal. Le fait d'écouter l'interlocuteur en le regardant obliquement peut mettre sur la voie du diagnostic. La puberté, chez les filles, fait parfois paraître une surdité latente.

Chez l'adulte : l'habitude de faire répéter une question ou un ordre donné est significative. C'est au théâtre que quelques sourds ont découvert leur infirmité, parce qu'ils sont obligés de s'approcher de plus en plus du premier rang de l'orchestre, ou parce qu'ils perçoivent mieux la musique que les paroles. Pour d'autres, c'est l'impossibilité de suivre une conversation générale. La voyelle ou est la première dont on perd la perception. Certains malades, atteints de sclérose tympanique, entendent bien au téléphone, parce qu'il y a contact avec les récepteurs. La voix des sourds peut être un indice ; les scléreux de l'oreille interne parlent haut et ceux de l'oreille moyenne éteignent leur voix parce qu'elle retentit exagérément dans leurs caisses. L'otocopose (fatigue d

l'oreille) est un autre signe de début ; l'ouïe baisse rapidement pour reparaître après quelques instants de silence.

Chez les vieillards : parfois la presbyacousie peut les faire entendre mieux de loin que de près, ou encore ils percevront mieux la voix chuchotée que la voie haute ; sans doute parce que l'organe affaibli perd l'agilité d'accommodation et de perception, trop de sonorité le trouble dans son fonctionnement ralenti.

ESCAT (de Toulouse). — **Hémorrhagie amygdalienne consécutive à l'emploi d'un morcelleur à mors tranchants. Arrêt de l'hémorrhagie par le tamponnement de la loge amygdalienne combiné à la suture des piliers.** — M. Ruault réprouve avec raison les morcelleurs amygdaliens à *bords tranchants*. Je n'ai pas l'habitude de les utiliser, mais une fois j'eus le tort d'accepter d'un fabricant une pince ainsi construite : la troisième fois que j'y eus recours, je provoquai, chez un homme de 27 ans, une hémorrhagie très grave qui dura près de quatre heures.

J'eus recours contre cet incident, et sans succès, à la glace à l'eau oxygénée, à l'antipyrine, à la ferripyrine, à la gélatine, au perchlorure de fer, au galvano-cautère, à la compression locale, à la compression de la carotide primitive, à l'application du compresseur de Ricord, enfin à des tentatives de ligature.

Je n'obtins la cessation de l'hémorrhagie que par l'engagement forcé d'un tampon d'ouate dans la loge amygdalienne préalablement transformée en canal par deux sutures liant le pilier postérieur à l'antérieur par la méthode de Baum.

De cette observation se dégagent donc trois enseignements :

1° Le danger des morcelleurs à bords tranchants ;

2° L'infidélité de la plupart des hémostasiques vantés;

3° L'efficacité du tamponnement de la loge amygdalienne préalablement transformé en canal par la suture des piliers.

ESCAT (de Toulouse). — **Sur un procédé d'extirpation des amygdales enchatonnées.** — La traction forcée de l'amygdale au moyen d'un instrument capable de faire saillir l'organe hors de sa loge et de le maintenir dans cette position pendant le morcellement, me paraissant devoir faciliter singulièrement l'extirpation de certaines amygdales enchatonnées, j'ai fait construire à cet effet par Collin une instrumentation spéciale que j'utilise, avec avantage, depuis quelques mois.

Elle se compose de deux érignes spéciales (une gauche et une droite) et de deux pinces de Ruault, modifiées (une gauche et une droite).

L'amygdale harponnée par l'érigne et attirée hors de la loge est saisie par la pince qui se ferme sur le crochet de l'érigne; les deux instruments enchevêtrés emportent l'amygdale. La fermeture des mors de la pince sur l'érigne est rendue possible par deux échancrures semi-lunaires ménagées dans les mors de la pince et constituant, quand ils sont rapprochés, une fenêtre circulaire permettant de loger la partie horizontale du crochet de l'érigne.

VACHER (d'Orléans). — **Ablation des amygdales enchatonnées chez l'adulte.** — La pince coupante que j'ai présentée l'an dernier pour morceller les amygdales enchatonnées chez les jeunes enfants, constitue encore aujourd'hui un des meilleurs instruments pour curetter la loge amygdalienne. Mais chez l'adulte, dont les amygdales sont fibreuses, on est exposé à avoir des hémorrhagies parce qu'il faut exercer des tractions assez fortes pour rompre les fibres.

J'ai fait construire une pince à mors annulaires *mousses* pour pratiquer une véritable amygdalotripsie. Après avoir serré très fortement l'amygdale dans les mors de la pince, on termine la section des fibres par l'anse chaude. On obtient ainsi le curettage de la loge sans traction et avec le moins de danger possible d'hémorrhagie. On peut placer l'anse avant de saisir l'amygdale, ou prendre ensuite l'amygdale dont le pourtour a été serré par la pince, sectionner les fibres restantes en la faisant saillir en dedans.

JONCHERAY (d'Angers). — **Otite moyenne hémorragique.** — Une femme, sans cause apparente, fut prise, en l'espace de quelques heures, de surdité unilatérale, vertiges, vomissements, perte de l'équilibre, prostration comme dans une maladie de Ménière. Douleurs peu vives, sans trace d'inflammation. Le tympan bombait dans le conduit et ne cédait pas à la pression d'un épanchement sanguin situé dans la caisse. Double paracentèse donnan lieu à l'issue de sang à peine coagulé et à une détente immédiat des troubles fonctionnels. Suites très simples sans infectio secondaire. Guérison en quelques jours. Restitutio ad integrum.

L'auteur analyse ce fait et envisage les diverses hypothèses cau

sales auxquelles il peut faire songer. Il penche pour le paludisme (la malade arrivait du sud algérien) ou un simple état de nervosisme.

Georges Mahu (de Paris). — **Du morcellement des amygdales chez les adultes.** — Présente un nouvel instrument pour morceler les amygdales palatines, de préférence chez les adultes et dans les cas où les amygdales sont de consistance fibreuse ou enchatonnée.

C'est une pince dont les mors écraseurs et non coupants, de dimension restreinte (12 millimètres de diamètre environ), sont en forme de calottes sphériques aplaties et dont l'une des branches porte un système de tiges articulées permettant de mettre en mouvement, par simple traction, un petit couteau dont la partie utile se meut circulairement et tangentiellement à la circonférence de jonction des deux mors.

Les principaux avantages de cet instrument, qui, mu par une seule main, peut également morceler les amygdales droite et gauche, sont les suivants :

1° Exiguïté des mors permettant l'introduction de la tête du morceleur dans les loges de dimensions réduites ;

2° Innocuité envers les parties voisines et en particulier pour les piliers ;

3° Morcellement en deux temps :

a) Serrage sans écrasement préalable du fragment permettant de vérifier la qualité de la prise.

b) Ecrasement et résection nette au niveau des parties écrasées.

4° Suppression chez le patient de la douleur résultant des tiraillements qu'on se trouve souvent obligé de faire avec d'autres instruments.

Massier (de Nice). — **Accidents méningitiques d'origine otique, simulant un abcès du cerveau. Evidement pétro-mastoïdien. Guérison.** — Il s'agit d'une malade atteinte d'otorrhée depuis neuf ans, qui présente, depuis ces deux dernières années, de la céphalalgie violente coïncidant avec de la rétention de pus dans la caisse. En juin 1901, otalgie pénible avec forte fièvre. Vomissements bilieux fréquents. Anorexie, oppression, vertiges, raideur de la nuque, hyperesthésie cutanée. Pertes de connaissance de quinze, vingt et même trente minutes, se renouvelant toutes les deux à

trois heures, pendant trois jours. Tuméfaction et fluctuation péri-auriculaires et douleurs insupportables jusque vers le milieu de l'occipital. Deux confrères posent le diagnostic d'abcès du cerveau et on pratique seulement l'incision de Wilde : issue de pus, on respecte la mastoïde. Légère amélioration. Récidive un mois et demi après : nouvelle incision de Wilde. Les symptômes s'amendent mais réapparaissent le 27 octobre : céphalée violente, raideur de la nuque, vertiges, etc., empâtement sans fluctuation et en plus hémiplégie complète du même côté que la lésion avec hyperesthésie cutanée pendant trois jours et qui ne cède que sous l'influence de rigoureuses frictions. On pose pour la troisième fois le diagnostic d'abcès du cerveau et on n'intervient pas. Le 15 novembre, après que les symptômes ont diminué d'intensité, je vois la malade pour la première fois. Je ne pense pas à un abcès du cerveau, rien à ce moment-là ne le laissant supposer, et je pose le diagnostic de phénomènes d'excitation réflexes, partis d'une caisse et d'un antre altérés et en rapport avec de la rétention de pus. L'opération confirme notre diagnostic et l'évidement pétro-mastoïdien assure la guérison définitive de tous les phénomènes.

Cette observation est une preuve de plus de la difficulté du diagnostic des complications endo-crâniennes d'origine otique, et avant de conclure à l'existence d'un abcès du cerveau ou d'une méningite suppurée, il faut avoir recours à tous les moyens d'investigation nécessaires, et en assurer la présence d'une façon presque irréfutable.

Collinet (de Paris). — **Sur un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral. Ligature de la jugulaire. Curetage du sinus. Guérison.** — Il s'agit d'un homme de 38 ans, ayant des antécédents alcooliques et tuberculeux. Un médecin de banlieue lui fait un tamponnement des fosses nasales pour épistaxis. Le lendemain, le malade présentait une otite moyenne aiguë qui suppura abondamment. Paracentèse large permettant une suppuration abondante. Au bout d'un mois, il se produisait une mastoïdite, sans réaction, presque latente. Trépanation mastoïdienne. Evidement large de l'antre et de la pointe qui contient du pus. On curette un petit pertuis situé à la partie supérieure de la brèche, contenant d[es] fongosités : on est ainsi conduit sur la dure-mère. Le lendema[in] et jours suivants, la température varie entre 38,2-38,3. Le qu[a]trième jour, apparition de signes de thrombo-phlébite du sin[us] latéral.

Nouvelle intervention : on agrandit le pertuis signalé plus haut, on trouve la dure-mère saine, mais le sinus sans battement. Ligature de la jugulaire qui est saine. Ouverture du sinus, curetage. Guérison.

Modifications aux règlements de la Société
Fixation des séances

La société a décidé qu'à l'avenir la première séance du Congrès aurait lieu le lundi matin et non plus le lundi soir. En outre, si le nombre des communications l'exige, il pourra y avoir une séance supplémentaire dans l'après-midi du mardi ou du mercredi.

ADMISSION DES MEMBRES NOUVEAUX

Sur la proposition de sa commission, la société décide qu'à l'avenir les futurs membres devront faire leur déclaration de candidature avant le 31 décembre, pour être nommés l'année suivante. En s'inscrivant, les candidats devront déposer leur mémoire.

La Commission d'admission reste composée de MM. Lermoyez, Moure et Lubet-Barbon.

ELECTION D'UN VICE-PRÉSIDENT

M. Castex est nommé vice-président pour 1903, par 31 voix sur 39 votants.

Questions mises à l'ordre du jour pour 1903.

1° De la dégénérescence bénigne de l'ethmoïde : M. Jacques, de Nancy, *rapporteur ;*

2° La ponction lombaire dans les complications intra-crâniennes des otites : M. CHAVASSE, du Val-de-Grâce, *rapporteur*.

Question mise à l'ordre du jour pour 1904.

Le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée : MM. LERMOYEZ, MOURE et LUBET-BARBON, *rapporteurs*.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 5 décembre 1901.

Président : O. CHIARI.

Secrétaire : HEINDL.

1. HARMER. — **Gomme de la trachée siégeant directement au-dessus de sa bifurcation.** — Femme de 56 ans, malade depuis le mois d'avril 1901, époque à laquelle elle fit une chute d'escalier ayant amené une ulcération de la jambe gauche. A partir d'octobre se met à tousser, à avoir de la gêne respiratoire surtout dans les mouvements. Cette gêne respiratoire va en augmentant, et au mois de novembre la malade entre à l'hôpital pour une dyspnée intense.

A l'examen, le 25 novembre, on trouve sur la paroi postérieure de la trachée, tout près de sa bifurcation, une tumeur saillante, obstruant en grande partie sa lumière. Sur la paroi antérieure se voit, à la même hauteur, une masse infiltrée à surface ulcérée dont les bords sont taillés à pic et qui est recouverte d'un enduit blanc grisâtre.

(1) Compte-rendu par M. GRIMER (du Hâvre), d'après la *Wiener klin. Woch.*, 30 janvier 1902.

Quoique la malade nie la syphilis, on pose néanmoins le diagnostic de gomme et l'on institue le traitement à l'iodure de potassium. Au bout de trois à quatre jours, amélioration notable de la dyspnée, qui disparaît complètement dans les huit jours.

L'ulcération de la jambe, également d'origine syphilitique, guérit de même rapidement.

L'examen laryngoscopique montre actuellement sur la paroi antérieure de la trachée une surface rouge, inégale, et sur sa paroi postérieure une saillie à peine visible et complètement nettoyée; entre les deux se voient les derniers anneaux de la trachée et l'origine des bronches.

2. Chiari présente des coupes d'une tumeur pédiculée de 4 centimètres de long et ayant environ l'épaisseur d'un doigt. Cette tumeur provenait de l'amygdale pharyngée d'une dame âgée de 25 ans. Au microscope la tumeur se trouve constituée en grande partie par du tissu adénoïde ; elle renferme également du tissu conjonctif en assez grande abondance et de nombreux vaisseaux dilatés. C'est en somme une tonsilla pendula de l'amygdale pharyngée.

Son ablation, pratiquée à l'anse froide, donna lieu à une hémorrhagie assez abondante.

3. Chiari présente une malade atteinte d'une sinusite maxillaire droite et opérée suivant la méthode de Luc.

Deux ans auparavant on avait ouvert largement son sinus dans la région de la seconde molaire. Comme la guérison n'était pas survenue, Chiari lui fit l'opération de Luc le 9 novembre 1901 ; l'ouverture de la paroi externe du sinus fut suivie d'une résection large de sa paroi interne et d'une partie du cornet inférieur. La suture n'a malheureusement pas tenu au niveau de l'ancienne fistule buccale, de sorte qu'il y aura lieu d'y remédier par une opération plastique ultérieure.

4. Harmer présente deux cas de sinusite maxillaire opérée.

a) Jeune fille de 20 ans, opérée pour une sinusite maxillaire droite suivant le procédé de Luc ; seize mois auparavant la sinusite avait été opérée, mais sans succès, d'après le procédé de Kuster.

b) Homme de 30 ans chez qui fut pratiquée une large communication entre le sinus maxillaire et le nez, but de l'opération de Luc, mais sans ouverture préalable de la fosse canine. Cet homme, atteint d'une sinusite maxillaire gauche, avait été traité successi-

vement suivant les procédés de Cooper et de Kuster, sans qu'il y eut diminution de la suppuration, même après grattage de la cavité.

On lui fit une résection du tiers moyen du cornet inférieur et de la partie correspondante de la paroi nasale jusqu'au plancher du sinus.

Cette opération, qui n'est du reste pas une nouveauté, est facile à faire et aboutit au même résultat que celle de Luc, abstraction faite toutefois du grattage de la cavité du sinus.

5. Biehl présente un hussard opéré d'une sinusite maxillaire gauche.

Le malade avait subi une première opération par la fosse canine, en 1896 ; l'écoulement de pus, d'abord diminué, avait repris de plus belle, empêchant le malade de se livrer à son métier de forgeron.

Biehl le réopère le 1er octobre suivant le procédé de Luc : détamponnement et enlèvement des points de suture le sixième jour. A partir de ce jour il n'y eut plus aucun traitement. Le résultat fut excellent : plus d'écoulement de pus par le nez, plus de symptômes douloureux, guérison parfaite de la plaie opératoire.

6. Hanszel rend compte d'un cas de calcul salivaire.

Ce calcul, qui était logé dans la glande sous-maxillaire droite d'une femme âgée de 75 ans, se composait en majeure partie de carbonate et de phosphate de chaux.

7. Fein présente un jeune homme atteint de sclérome du nez et du larynx. Les symptômes de l'affection sont si accentués que le diagnostic s'impose. Néanmoins, Fein hésite à se prononcer au sujet de trois petites saillies blanches comme neige que l'on constate sur l'épiglotte et la corde vocale droite, et dont il se propose de faire ultérieurement l'examen microscopique.

Discussion.

Weil pense qu'il s'agit de plaques de muguet.

Réthi en fait des proliférations épithéliales produites par le sclérome lui-même, comme cela se voit fréquemment.

Chiari affirme que les cicatrices d'ulcérations scléromateuses donnent souvent lieu à de ces épaississements épithéliaux blancs.

8. Heindl. — **Aphonie et dyspnée spasmodique.** — Sujet de 20 ans, serrurier, amené à l'hôpital pour une dyspnée intense et trachéotomisé aussitôt, le 16 novembre 1900. La dyspnée serait apparue une huitaine de jours auparavant et aurait augmenté progressivement. A la suite de la trachéotomie il se produisit de l'aphonie et toutes les tentatives d'enlèvement de la canule demeurèrent infructueuses.

Heindl vit le patient le 26 juin 1901 et eut l'impression qu'il s'agissait d'un cas d'hystérie. A l'examen laryngoscopique il trouva les deux cordes vocales fortement accolées l'une à l'autre, présentant souvent même une imbrication de leurs bords libres. Les deux cartilages aryténoïdes restaient serrés l'un contre l'autre aussi bien à l'inspiration que dans les essais de phonation ; cette dernière était du reste impossible et les efforts pour émettre un son n'aboutissaient qu'à de vifs mouvements de défense et à des accès de toux.

On proposa au malade de faire sous chloroforme une soi-disant opération pour remédier à son état. En le chloroformant on se proposait de voir s'il n'y avait pas par hasard une paralysie des abducteurs due à une affection nerveuse autre que l'hystérie.

L'opération acceptée, le malade fut chloroformé ; jusqu'à la période d'excitation, la respiration se fit par la canule ; puis brusquement la respiration fut interrompue par un bruyant accès de toux et le malade se mit à crier et à chanter, ce qui éliminait toute idée de paralysie des abducteurs.

Le chloroforme ayant été poussé jusqu'à la période d'anesthésie complète, on put pratiquer l'examen laryngoscopique et constater la parfaite mobilité des cordes vocales. On s'assura qu'il n'existait pas quelque autre obstacle à la respiration, et on enleva la canule. Le malade fut pansé et continua à dormir d'un sommeil calme après la suspension du chloroforme. Depuis, la respiration se fait sans le secours de la canule et l'aphonie a diminué. Il est vrai qu'il existe encore du spasme lorsque le malade parle et que l'introduction du miroir laryngien provoque toujours de la dyspnée, moins accentuée cependant qu'auparavant.

A l'examen la glotte a l'aspect d'un triangle très allongé, à base postérieure.

Le malade est exercé à parler et à respirer, le port de la canule pendant un an lui ayant fait prendre l'habitude d'une respiration toute superficielle. L'emploi de la cocaïne et de l'électricité n'ont donné aucun résultat.

A propos de cette observation, Heindl rappelle qu'il a été publié des cas analogues et il insiste particulièrement sur le cas cité par Michael, où il fut impossible d'enlever la canule au malade.

Discussion.

Fein avait eu l'occasion de voir le malade au printemps dernier et il avait posé le diagnostic hystérie après des examens répétés, en se basant sur les deux symptômes suivants :

Apparition chez le malade, et cela sans perte de connaissance, d'accès de contracture provoquant soit de l'opisthotonos, soit de la raideur des membres inférieurs, mobilité par instants des cordes vocales, ce qui excluait toute idée de paralysie des abducteurs.

9. Hajek. — **Considérations sur la cure radicale de l'empyème chronique du sinus maxillaire et sur ses indications.** — Les sinusites maxillaires aiguës guérissent presque toutes avec quelques lavages pratiqués soit par l'orifice naturel du sinus, soit en faisant une perforation par le méat inférieur ; il y a lieu cependant de faire une exception pour les sinusites d'origine dentaire, lesquelles nécessitent l'extraction de la dent coupable et la perforation de l'alvéole.

Dans ces deux dernières années Hajek a eu à traiter 34 cas de sinusite maxillaire aiguë : 33 ont été complètement guéris avec au plus quatre lavages. Un seul a résisté au traitement ; or, il fut établi plus tard que cette sinusite soi-disant aiguë datait très probablement de deux ans et avait seulement subi dans ces derniers temps une période d'exacerbation.

Egalement toutes les formes subaiguës et chroniques ne sont pas justiciables de la cure radicale ; un certain nombre d'entre elles, quoique déjà anciennes, guérissent encore sans opération. Il est vrai qu'elles nécessitent, pour guérir, des lavages pratiqués durant des mois et même parfois des années. Pour faciliter ces lavages, l'on a imaginé plusieurs méthodes. La plus simple est celle du Français Jourdain, reprise par Störk et ses élèves, et plus récemment par Weil ; elle consiste dans le lavage du sinus par son orifice naturel. Les procédés de Cooper, Krause et Kuster sont moins conservateurs.

Toutes ces méthodes ont ceci de commun, c'est qu'elles s'efforcent d'obtenir la guérison en débarrassant plusieurs fois par jour la cavité du sinus du pus qu'elle renferme.

Leur action est limitée, attendu que l'orifice créé est trop peti

pour permettre l'exploration de la cavité du sinus et l'enlèvement des parties malades ; ces méthodes échouent donc dans les formes où il y a des lésions sérieuses.

C'est parmi ces cas non guéris que se recrute la première série de sinusites maxillaires justiciables d'une cure radicale.

Il y a lieu cependant de faire remarquer ici qu'une sinusite maxillaire, pour laquelle l'on pratique plusieurs lavages journaliers, ne produit presque jamais de troubles sérieux, et n'oblige pas le malade à se faire opérer. La plupart du temps ce sont les malades eux-mêmes qui désirent à tout prix être débarrassés de leur affection.

Tout empyème durant depuis des années est justiciable de la cure radicale, avant cette restriction cependant qu'il y a lieu d'essayer d'abord les lavages, attendu que des cas même en apparence les plus désespérés ont guéri par la méthode conservatrice.

Néanmoins, souvent les malades demandent à être de suite traités par la méthode dont les résultats sont les meilleurs.

Ces cas constituent la deuxième série d'empyèmes du sinus maxillaire pour lesquels la cure radicale est indiquée.

Hajek fait ensuite une revue critique des différents procédés de cure radicale. Le principe de toute cure radicale de la sinusite maxillaire est l'ouverture large de la cavité du sinus, de façon à pouvoir enlever tout ce qui est malade ; mais cette ouverture n'est possible que par la fosse canine. Or, ce procédé opératoire ayant été indiqué par Desault d'abord, puis repris par Kuster, il serait assez juste de considérer les méthodes d'opération décrites ultérieurement comme étant seulement des modifications du procédé Desault-Kuster.

Il est curieux de constater que l'opération de Kuster n'a presque pas fourni de publication importante sur ses résultats. Chez aucun auteur on ne trouve la citation d'un certain nombre de cas opérés et guéris suivant ce procédé. Il est assez raisonnable de penser que la méthode n'a pas donné de résultats bien favorables. Hajek lui-même a pratiqué plusieurs fois cette opération il y a une dizaine d'années ; malgré ses soins à tamponner et à maintenir béant l'orifice pratiqué dans la fosse canine, il n'y eut aucune guérison. Ce sont des insuccès analogues qui ont probablement incité différents auteurs à rechercher d'autres interventions plus radicales pour arriver à la guérison.

Dans cette voie, Jansen et Boenningshausen ont été les plus radicaux.

Le premier ouvre largement la fosse canine, enlève entièrement la muqueuse du sinus et y fait pénétrer la muqueuse de la joue. Il épidermise ensuite la cavité en faisant des greffes suivant la méthode de Thiersch. Avec cette méthode le traitement dure des mois et même un à deux ans. De plus, il persiste une communication permanente entre la cavité buccale et la cavité du sinus, ce qui est un gros inconvénient et la source de bien des ennuis.

La méthode de Boenningshausen produit encore davantage de délabrements. Non seulement il enlève la paroi de la fosse canine comme Jansen, mais il y ajoute encore la résection étendue de la paroi nasale. Pour remplacer la muqueuse du sinus totalement grattée, il fait pénétrer dans l'intérieur de la cavité les muqueuses buccale et nasale. Le résultat final est un énorme orifice de communication, tant du côté du nez que de la cavité buccale, ce qui est évidemment loin d'être parfait.

Hajek décrit ensuite le procédé qu'il a employé lui-même durant quatre ans et demi. Après ouverture sous chloroforme du sinus par la fosse canine et enlèvement des parties de muqueuse malades, il bouchait l'orifice ainsi créé au moyen d'un obturateur conique qui était enlevé plusieurs fois par jour pour pratiquer un lavage de la cavité. Avec cette méthode, sur 37 cas opérés il n'a obtenu malheureusement que 16 guérisons définitives. En somme, pour une cure soi-disant radicale, résultat peu brillant.

De plus, la présence dans l'orifice opératoire d'un obturateur donnait lieu à de nombreux inconvénients, et pour des cas traités pendant longtemps sans succès de cette façon, il fallut finalement supprimer cet appareil de prothèse.

Or, Hajek remarqua que lorsqu'il supprimait ainsi l'obturateur la guérison survenait avec une rapidité extraordinaire : de là lui vint l'idée d'un nouveau procédé opératoire. Il avait déjà opéré plusieurs malades suivant ce nouveau procédé lorsqu'il apprit qu'il avait été précédé dans cette voie par Luc, et antérieurement à Luc par Caldwell, d'où le nom de méthode de Luc-Caldwell donné à ce procédé opératoire dont la priorité appartient incontestablement à ces deux auteurs.

Son opération ne diffère de celle de Luc-Caldwell qu'en ce qu'il n'enlève que les parties de muqueuse visiblement malades et qu'il supprime tout lavage. De plus, il ne résèque pas de la même façon la paroi nasale du sinus, mais ce n'est, en somme, qu'une modification peu importante.

Hajek décrit sa façon d'opérer qui est la même que celle de Luc

pour la paroi externe du sinus maxillaire. Il s'éclaire également avec le miroir de Clar.

Pour la paroi nasale du sinus, il en résèque la partie inférieure de la façon suivante. Après avoir enlevé la muqueuse qui recouvre du côté du sinus cette portion de la paroi nasale, il enlève l'os au moyen d'un ciseau plat : par l'orifice ainsi créé vient aussitôt faire hernie la muqueuse du méat inférieur.

Il s'agit eusuite de réséquer une portion du cornet inférieur. On y arrive de la façon suivante : une sonde introduite dans le nez permet de faire saillir le toit du méat inférieur qui est incisé sur la sonde. Puis, avec une bonne pince, l'on saisit le bord inférieur de cette incision et l'on sépare du cornet inférieur cette portion de muqueuse qui, libérée par des incisions verticales, devient un lambeau à bord supérieur libre. Ce lambeau est rabattu et maintenu par un tamponnement sur le plancher du sinus dont la muqueuse a été au préalable avivée ; cela permet de voir par la cavité du sinus, la portion concave du cornet inférieur, mais qu'il est encore difficile de saisir et de réséquer. Il faut alors faire une incision horizontale le long du bord supérieur du cornet inférieur, et l'on arrive ainsi à saisir au moyen d'une forte pince le cornet inférieur par en haut, et à l'attirer vers la cavité du sinus ; un bon coup de ciseaux en avant et en arrière de la prise achève de le détacher.

Il ne reste plus qu'à tamponner le sinus avec une bande de gaze iodoformée dont un chef reste dans le nez et à suturer la plaie buccale.

La gaze iodoformée doit être laissée en place huit à douze jours; dès le huitième jour l'on enlève les points de suture.

Dans la quinzaine qui suit l'on fait deux à trois insufflations d'iodoforme dans la cavité du sinus ; à part cela le malade est laissé complètement tranquille et on ne lui fait absolument aucun lavage. Plus tard seulement, s'il se produit des croûtes gênantes sur la paroi nasale du sinus, l'on peut permettre le lavage du nez soit avec de l'eau salée stérilisée, soit avec une faible solution boriquée. La guérison se produit au bout de quelques mois sans le moindre incident.

Hajek a opéré de cette manière neuf malades dont cinq depuis plus d'un an et qui sont complètement guéris ; des quatre autres, deux sont presque guéris et deux opérés, depuis peu de temps, sont en bonne voie de guérison.

Chez un malade seulement il y a eu un insuccès complet ; il s'agissait dans ce cas d'une sinusite maxillaire compliquée d'une

sinusite sphénoïdale dont l'existence avait été méconnue avant l'opération. Pour ce malade, la sécrétion purulente était encore très abondante plusieurs semaines après l'opération. La guérison survint dès que la sinusite sphénoïdale fut traitée.

En résumé, sans conclure encore d'une façon définitive, l'on peut cependant déjà dire que ce mode opératoire de la sinusite maxillaire donne des résultats si encourageants qu'on ne peut que le recommander avec insistance aux confrères de la spécialité, d'autant plus qu'avec ce procédé le traitement consécutif n'existe pas, ce qui, pour la population pauvre, est très à considérer.

SOCIETÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE (1)

Séance du 12 novembre 1901.

Président : Lucae.

Secrétaire : Schwabach.

1. Schwabach présente les préparations histologiques du temporal d'un sourd-muet mort de tuberculose aiguë.

Les lésions les plus caractéristiques se trouvent à la base du limaçon dont la spire est envahie par du tissu osseux et conjonctif; c'est surtout la partie moyenne de cette spire de la base qui est atteinte ; les espaces péri et endolymphatiques sont entièrement comblés et tout ce qui constitue le limaçon membraneux dans cette région a totalement disparu. Au niveau de la fenêtre ronde, le limaçon est moins atteint ; le tissu osseux de nouvelle formation y est moins abondant, mais par contre le tissu conjonctif remplit tous les vides laissés par le tissu osseux.

A mesure que l'on s'élève dans le limaçon, les lésions diminuent ; vers sa partie moyenne on ne trouve plus que des traces de tissu osseux et conjonctif et enfin, à sa partie supérieure, la spire qui se trouve au sommet du limaçon est intacte.

Les portions membraneuses du limaçon, telles que la membra

(1) Compte-rendu par M. Grimer (du Hâvre). — D'après la *Berlin. klin. Wochenschrift*, 6 janvier 1902.

de Reissner, la lame spirale membraneuse, le ligament spiral n'ont pas été atteintes; par contre, l'organe de Corti présente de grosses lésions pour lesquelles il est impossible de savoir avec certitude s'il s'agit d'un processus pathologique ou d'altérations *post mortem*.

Les altérations du nerf auditif sont distribuées de la même manière que les lésions précédentes : plus accentuées à la base du limaçon, elles sont insignifiantes ou même font complètement défaut vers sa partie moyenne et à son sommet. Elle consistent surtout en altérations du ganglion spiral dont les cellules sont soit atrophiées, soit disparues ; le canal ganglionnaire est en partie vide, en partie comblé par du tissu conjonctif ; le nerf cochléaire présente un grand nombre de fibres atteintes de dégénérescence secondaire. Par contre, le nerf vestibulaire n'est que peu atteint.

Le vestibule et les canaux semi-circulaires sont intacts en ce qui concerne leur portion osseuse ; leur partie membraneuse présente des altérations qui peuvent aussi bien être cadavériques que pathologiques.

Toutes ces lésions du limaçon sont très certainement les suites d'une otite interne survenue avec beaucoup de vraisemblance après la naissance, et comme complication d'une méningite cérébro-spinale. Ce qui le prouve, c'est que les altérations de la base du limaçon sont le plus accentuées au niveau de l'aqueduc du limaçon par lequel les inflammations méningées, ainsi qu'on le sait, se propagent souvent à l'oreille interne.

Il n'y a aucun lien à établir entre ces altérations du limaçon et les lésions trouvées du côté de l'oreille moyenne, lésions qui sont à la fois le produit d'une ancienne suppuration de la caisse, depuis longtemps guérie, et le résultat de l'extension récente de la tuberculose à l'oreille moyenne.

Discussion.

Haike, à propos du compte rendu de Schwabach, fait remarquer que jusqu'ici il n'existait aucune preuve qu'il puisse se produire de semblables altérations du limaçon durant la vie intra-utérine. Or, cette preuve, il vient précisément de l'avoir en faisant des recherches sur l'état des organes auditifs d'un enfant de quatre jours chez qui l'autopsie avait révélé l'existence d'une encéphalite hémorrhagique. Dans le limaçon, le nerf auditif présentait des foyers d'hémorrhagie et de dégénérescence, lésions qui, d'après Haike, auraient pu aboutir dans la suite à des altérations analogues à celles

signalées par Schwabach. Ces lésions en tout cas se rapprochent beaucoup de celles que l'on trouve dans le cas d'affections récentes du labyrinthe où la maladie causale est soit une méningite, soit une encéphalite.

Katz rapporte qu'il a examiné les os temporaux chez six adultes atteints de la forme de surdi-mutité dite congénitale. Il a constaté des altérations tantôt légères, tantôt graves de la branche cochléaire du nerf auditif avec amincissement de la lame spirale osseuse, cette dernière lésion étant, d'après lui, caractéristique de l'origine congénitale du processus pathologique.

Dans quelques cas, à côté d'une caisse en bon état et en particulier d'un ligament annulaire intact, il a trouvé un labyrinthe membraneux profondément altéré. Dans un cas les canaux semi-circulaires n'existaient pas, dans d'autres ils étaient comblés par du tissu osseux de nouvelle formation.

Katze pense que dans ses différents cas il s'agissait soit de propagation à l'oreille interne durant la vie intra-utérine d'un processus inflammatoire parti du cerveau, soit d'anomalie de développement d'origine congénitale. Ses observations cliniques et anatomiques l'amènent à penser que la surdi-mutité congénitale est relativement plus fréquente que celle acquise à la suite d'une méningite, d'une otite interne ou d'une inflammation de la caisse.

Schwabach ne trouve pas qu'il y ait des preuves suffisantes pour admettre que les lésions dont il a donné la description puissent avoir été provoquées par une hémorrhagie, comme paraît le croire Haike.

Quant à l'amincissement de la lame spirale osseuse que signale Katz, Schwabach ne l'a pas constatée dans ses préparations ; au contraire, la lame spirale y est indiquée par une large bande foncée, ce qui serait plutôt en faveur de son épaississement.

2. Haike parle de l'anatomie du sinus carotidien et de son importance au point de vue de la pathologie auriculaire.

Ses recherches l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° La structure du sinus carotidien est analogue à celle du sinus caverneux, mais ni sa taille ni la situation des lacunes veineuses qui la composent ne sont constantes.

2° Avec l'âge les lacunes veineuses se transforment en cavités plus grandes par résorption de leurs cloisons de séparation.

3° Au point où le canal carotidien se coude, c'est-à-dire au niveau de la paroi antérieure de la caisse, le sinus carotidien n'a que de petites dimensions ; aussi sa blessure à ce niveau donnera

t-elle lieu à une hémorrhagie insignifiante, ce qui permettra d'exclure toute idée de lésion de la carotide à laquelle on serait tenté de penser d'abord.

4° D'après ses préparations histologiques, l'assertion de Rudinger que le sinus et la carotide se partageraient de moitié la cavité du canal carotidien ne serait pas exacte ou au moins toujours la règle.

Discussion.

Heine trouve que cette dénomination de sinus carotidien peut prêter à une appréciation fausse sur les dimensions et l'étendue de ces lacunes veineuses qui entourent la carotide interne ; il préférerait la voir supprimée et remplacée par celle de plexus veineux carotidien ou plus simplement plexus veineux, puisqu'en réalité ce n'est pas un sinus au sens propre du mot, c'est-à-dire une cavité pleine de sang qui entoure l'artère carotide, mais seulement un réseau de veines dont l'une ou l'autre présente, il est vrai, et encore exceptionnellement, un calibre un peu plus gros.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies professionnelles de l'oreille et des premières voies aériennes (*Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege*, par F. Röpke, 1 vol. in-8°, de 145 pages. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902).

Le Prof. Körner, de Rostock, dont les travaux sont si estimés du public français, en raison du bon sens et de la clarté qui les caractérisent, a entrepris d'étudier, dans une série de monographies, « L'otologie contemporaine et ses frontières ». Le premier mémoire de cette intéressante collection est bien connu : c'est celui que Körner a lui-même consacré à l'étude des suppurations du rocher. Voici que paraît un second mémoire, plus ingrat peut-être à lire que le premier, en raison même de la complexité des sujets qu'il aborde : mais s'il ne se prête pas à être parcouru d'une seule traite, il est, au contraire, une réserve documentaire précieuse, un répertoire à consulter, toutes les fois qu'une influence professionnelle semble devoir influencer le diagnostic. Je ne crois pas qu'il

ait été fait de travail plus complet, puisque plus de cinq cents professions y ont été étudiées ; ni de mise au point plus moderne, car on y voit même figurer la pathologie spéciale des conducteurs d'automobile. En somme, un lexique riche en documents, à avoir constamment sous la main.

M. LERMOYEZ.

Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhaüte und der Blutleiter (les affections otitiques du cerveau, des méninges et du sinus), par le Dr Otto KÖRNER (Wiesbaden, S. F. Bergmann, 1902, 3e édition, vol. de 216 p. avec fig.).

C'est une économie mal comprise que de voyager avec un vieux Baedeker, car il suffit qu'un renseignement ne soit plus de circonstance pour causer maints ennuis au touriste. C'est une même faute pour celui qui veut suivre la route du pus de l'oreille à l'encéphale, que de se renseigner dans un guide trop ancien. Depuis l'année 1896, où parut la deuxième édition de cet ouvrage, beaucoup de vieux chemins ont été délaissés, pas mal de routes neuves ont été ouvertes. Il est peu de branches de la chirurgie où, comme dans la pathologie encéphalique otogène, nos progrès aient été aussi rapides : c'est que chirurgiens, rhinologistes, auristes y ont concentré leurs recherches, et le succès a couronné leurs efforts.

Aussi cette troisième édition mérite-t-elle d'être lue : on y verra 267 cas d'abcès du cerveau, 314 cas de thrombophlébite du sinus latéral. Les chapitres sur la méningite séreuse, sur la pyohémie ostéophlébitique ont été entièrement remaniés. Des choses neuves telles que la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire, tel que le traitement opératoire des leptoméningites y seront rencontrées.

La clarté et le bon sens critique qui caractérisent les ouvrages de Körner ne manquent pas d'attirer sur cet ouvrage l'attention des vrais auristes qui, peu après, évoluent de la seringue et du cathéter vers la gouge et le maillet.

M. LERMOYEZ.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Cholestéatome vrai de la fosse crânienne postérieure. Infection par une suppuration de l'oreille moyenne. Guérison après trépanation, par O. Körner (*Archives of Otology*, nos 4 et 5, 1901).

L'observation est suffisamment indiquée par le titre. Il s'agissait d'un homme de 41 ans ayant eu des maux de tête violents qui eut un gonflement derrière l'oreille gauche après une grippe compliquée d'otite. Il présentait à mi-chemin entre l'oreille et l'occiput une tuméfaction molle, ayant aminci les os et déterminé une perforation osseuse triangulaire qu'on sentait sons la peau.

A la trépanation, cholestéatome suppuré du volume de deux œufs de poule. M. Lannois.

Le cholestéatome du sein, par le Dr H. Dor (*Revue de chirurgie*, janv. 1902).

A propos d'un cas de cette tumeur rare au niveau du sein, Dor s'élève contre l'habitude prise par les otologistes de désigner sous ce nom les masses cholestéariques qui s'accumulent dans les cavités de l'oreille. Comme ces masses n'ont rien de néoplasique et qu'il existe un véritable cholestéatome du cerveau et des plexus choroïdes, il importerait de faire cesser la confusion en laissant, suivant l'usage, la désinence *ome* aux vraies néoplasies.

M. Lannois.

II. — *NEZ*

Asymétrie des cavités nasales, par A. Coolidge (*Ann. journ. of med. Sc.*, nov. 1901).

Article bien documenté sur les modifications anatomiques et fonctionnelles qui se produisent dans toutes les parties du nez dans

les cas de déviation de la cloison. L'auteur les considère comme des modifications compensatrices d'ordre physiologique. En règle générale, il ne croit pas que les modifications des cornets et de l'ethmoïde soient dues à une augmentation ou à une diminution du courant d'air : il n'admet pas non plus que la déviation de la cloison puisse être attribuée à une asymétrie primitive des cornets.

Au total, l'ethmoïde et les cornets sont doués d'une propriété d'adaptation nutritive qui réduit au minimum les troubles causés par la déviation et peut même les annihiler complètement. Toutefois, lorsque la déviation porte sur l'entrée même des narines, l'adaptation ne peut se faire.

Au courant de l'article, l'auteur rapporte une observation d'obstruction choanale gauche par une plaque osseuse.

M. LANNOIS.

Trombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur dans les sinusites frontales, par KILLIAN (*Archives of Otology*, n°s 4 et 5, 1901).

Revue générale basée sur les cas antérieurement publiés. L'auteur n'en cite que cinq qui sont ceux de Carver, Macewen et Miller, L. Müller, E. Fränkel, Roth. Au point de vue clinique il distingue cinq périodes : 1° prodromes : symptômes de sinusite frontale, fièvre, céphalalgie frontale ; 2° stade initial : douleur dans la région pariétale ; 3° stade d'abcès localisés : symptômes variables selon la localisation de l'abcès ; 4° stade pyémique : frissons, fièvre rémittente, complications pulmonaires, hypertrophie de la rate, etc. ; 5° stade terminal : symptômes de méningite se développant de un à quatre jours après le début.

Six bonnes planches de sinus dont cinq empruntées à Poirier et à Breschet.

M. LANNOIS.

Tuberculome géant des fosses nasales, par F. RUEDA (*Archivos latinos de rinologia, laringologia, otologia*, janvier-février 1902, année XIII, n° 115).

Riedel a, le premier, décrit, il y a vingt ans, les tumeurs tuberculeuses des fosses nasales : fait si rare, que, plusieurs année après, Schäffer considérait le cas de Riedel comme unique dans la science. Plus tard, Chiari, Hajek revinrent sur la question et en fournirent quelques exemples. Le cas que rapporte Rueda présente un grand intérêt.

Il s'agit d'une femme qui portait une tumeur volumineuse de la fosse nasale droite : d'où obstruction nasale, écoulement muco-purulent, épistaxis abondants et névralgie sus-orbitaire droite : aucun trouble de l'état général. La tumeur fait hernie par la narine : elle a déformé la racine du nez et, en arrière, elle fait issue hors de la choane : elle ne parait pas contracter d'adhérences. Un fragment de cette masse, soumis à l'examen de Ramon y Cajal, est reconnu comme étant du tuberculome.

L'ablation en est faite à l'anse, chaude, par morcellement, en plusieurs séances. La masse est homogène dans toute son étendue : elle a une couleur gris rose et présente la consistance de foie gras. On constate qu'elle a un pédicule comme inséré sur la cloison, au point de convergence du cartilage quandrangulaire du sinus et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

M. LERMOYEZ.

Enormes sinus frontaux, par PATEL (*Lyon médical*, 2 mars 1902, n° 9).

P. présente à la Société des sciences médicales de Lyon une pièce anatomique où le sinus frontal avait atteint un tel développement que la moitié antérieure du frontal, toute la voûte orbitaire, les apophyses clinoïdes et la selle turcique étaient dédoublées.

Voici la description qu'en donne l'auteur, d'après le « Lyon médical ».

Le sinus frontal remonte en haut jusqu'au milieu de l'os frontal et dépasse en dehors l'apophyse orbitaire externe. Sa capacité est considérable. Sa face antérieure est très mince et très fragile. Le plancher est irrégulier, formé de saillies et de cloisons incomplètes très nombreuses, irrégulières. A sa partie postérieure, au lieu d'avoir un bord, résultant de l'union du plancher et de la voûte, il présente une face véritable, avec des saillies et des cloisons.

Il s'agit de cellules ethmoïdales postérieures très développées qui viennent faire saillie dans le sinus frontal ; elles dédoublent toute la voûte orbitaire, jusqu'au bord postérieur des petites ailes du sphénoïde ; l'apophyse clinoïde antérieure est, elle-même, comme soufflée. On pourrait croire à des sinus frontaux accessoires, mais l'absence de communication avec le sinus frontal principal n'est pas en faveur de cette hypothèse.

Le canal optique est sculpté en entier dans les cellules ethmoïdales. Ajoutons aussi que le sinus frontal envoie un prolongement dans les os propres du nez et dans l'apophyse *crista-galli*.

Le sinus sphénoïdal est lui-même très développé, avec des prolongements basilaire et palatin très nets. P. SEBILEAU.

Le chlorhydrate d'adrénaline en oto-rhino-laryngologie, par COMPAIRED (*El Siglo medico*, 9 mars 1902).

C. a expérimenté le chlorhydrate d'adrénaline en solution aqueuse au millième ; cette solution a été employée tantôt pure, tantôt étendue d'une solution physiologique de chlorure de sodium de façon à obtenir un mélange au deux, au trois, au quatre, au cinq millième.

Préférable à l'extrait de capsule surrénale dont l'action est inconstante et qui provoque des picotements et des réflexes plus ou moins désagréables, le chlorhydrate d'adrénaline ne cause pas de sensation désagréable et produit sur les muqueuses, en particulier sur la muqueuse nasale, une anémie intense qui facilite l'exploration (régions supérieures des fosses nasales), permet de pratiquer des opérations exsangues (curettage du larynx, amygdalotomie, turbinectomie), et possède dans quelques cas un effet thérapeutique merveilleux (épistaxis).

C'est en un mot un agent vaso-constricteur de premier ordre, qui ne saurait cependant être substitué à la cocaïne, car si son action vaso-constrictive est plus marquée, son action anesthésique est beaucoup moindre. Par contre, l'association des deux médicaments permet d'obtenir des effets précieux en thérapeutique oto-rhino-laryngologique. M. BOULAY.

Ostéophytes des cavités nasales, par MACLOY (*Ann. journ. of. med. Sc.*, février 1902).

Si, après avoir anesthésié, on introduit le petit doigt dans les fosses nasales on peut sentir des productions osseuses anormales. Ces masses osseuses sont des ostéophytes, dont elles ont la structure, et elles méritent d'être étudiées plus soigneusement qu'elles ne l'ont été jusqu'alors.

Dans les opérations de redressement de la cloison, il n'est pas rare qu'elles s'opposent au résultat final par l'obstruction qu'ell.. déterminent. Elles ne sont d'ailleurs pas de tissu très compact peuvent être facilement enlevées. M. LANNOIS.

NÉCROLOGIE

B. ROBERT

Le 10 avril dernier est décédé à Barcelone le Dr B. Robert. En 1899, il fut élu président du IIe Congrès espagnol d'oto rhino laryngologie, tenu dans cette ville. Ancien maire de Barcelone, il était actuellement député du Congrès espagnol. Sa mort a produit un grand deuil dans toute la Catalogne.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE RHINOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Ordre du jour de la réunion annuelle du 1er juin 1901.

Séance du matin, à l'hôpital Saint-Jean.

Allocution du président.
Rapports du secrétaire et du trésorier.
Admissions de membres titulaires et de membres correspondants.
Modifications aux statuts et règlements.
Election d'un président.
Choix des questions à mettre à l'ordre du jour de la prochaine réunion. — Nomination des rapporteurs.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Goris. — Un cas de complication nasale d'une affection orbitaire.

M. Cheval. — 1° Thrombo-phlébite du sinus latéral, d'origine otique; ligature de la jugulaire interne; guérison; 2° Lipome pharyngien volumineux; extraction par les voies naturelles; guérison.

M Broeckaert. — 1° Prothèse nasale (présentation de malades et d'instruments); 2° Un cas d'endothélium du pavillon de l'oreille.

M. Capart fils. — Un cas de thrombose du sinus latéral.

M. Delsaux. — 1° Un cas d'ulcération du pavillon de l'oreille, pour diagnostic; 2° Un cas de tuberculose de la langue; 3° Collection purulente rétro-pharyngienne; 4° Eversion du ventricule de Morgagni.

M. Hennebert. — 1° Fistule cervicale (présentation de la malade, préparations microscopiques); 2° Hypertrophie du pavillon tubaire; 3° Lupus du pharynx; 4° Tumeur du pharynx, pour diagnostic.

M Labarre. — Un cas de sinusite fronto-maxillaire avec carie considérable de la voûte orbitaire; opération; guérison.

M. Bayer. — Un cas de surdité, vertiges et bourdonnements, traité et guéri par l'électricité statique.
M. Ekman. — 1° Un cas de surdité nerveuse par diphthérie; 2° Un cas de tumeur du pharynx.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

M. Rousseaux. — 1° Myxome de l'amygdale palatine; 2° Fibrome volumineux du larynx; extraction par les voies naturelles (préparations microscopiques).
M. Capart fils. — Présentation de pièces anatomiques.
M. Delsaux. — 1° Un cas d'abcès cérébral d'origine otique; pièces anatomiques; 2° Coupes macroscopiques du rocher d'un sujet porteur de malformation du pavillon de l'oreille et d'imperforation du conduit auditif externe.
M. Beco. — Tumeurs du nez.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. Cheval. — 1° Traitement du coryza par l'air chaud; modifications de l'instrumentation de MM. Lermoyez et Mahu; 2° Injection de vaseline stérilisée dans la caisse, au moyen de l'auto-injecteur d'ampoules de J. Paillard, de Paris.
M. Suarez de Mendoza. — Présentation d'instruments.
M. Tretrôp. — 1° Table électrique universelle; 2° Moteur spécial pour la pratique de l'oto-rhino-laryngologie.
M. Delsaux. — 1° Instrument spécial pour les injections intra-trachéales dans les affections chroniques de la trachée; 2° Modification au releveur du voile de M. Mahu; 3° Dispositif permettant de faire la transillumination des sinus en plein jour.
M. Labarre. — Présentation d'instruments.

Séance de l'après-midi, à l'institut Solvay.

RAPPORTS

M. Labarre. — Contribution à la pathologie de la trompe d'Eustache; discussion.
M. Capart fils. — De l'olfactométrie; discussion.
M. Ruault. — Morcellement des amygdales palatines.
M. Capart fils. — A propos d'une hyperostose du conduit auditif externe.
M. Laurent. — Irrigations naso-pharyngiennes en position déclive.
M. Goris. — De la technique de l'extirpation de l'épithelioma de l'oreille.
M. Labarre. — Un cas de cancer primitif de l'oreille.
M. Laurens. — Traitement de la méningite suppurée d'origine otique par les lavages crânio-rachidiens.
M. Cheval. — Corps étranger de l'œsophage; extraction.
M. Ekman. — Nouveau mode de pansement après les opérations radicales dans les otites moyennes purulentes.
M. van Eeckhaute. — Un cas d'épilepsie nasale.
M. Merckx. — Névralgies réflexes d'origine nasale.
M. Blond'au. — Un cas d'épilepsie, réflexe d'abcès latéro-pharyngien.
M. Delsaux. — 1° Les injections intra-tympanales d'iodipine dans les débuts de la sclérose de l'oreille moyenne; 2° Le bougirage à l'adrénaline, de la trompe d'Eustache.
M. Suarez de Mendoza. — L'extrait de capsules surrénales en oto-rhino-laryngologie.

M. Heyninx. — A propos du somnoforme.
E. de Stella. — Contribution à l'étude des cellulites mastoïdiennes aberrantes.
M. Hennebert. — 1° Deux cas d'otite aiguë compliquée d'antrite, guéris par les injections intra tympanales de vaseline iodoformée; 2° Notes sur le traitement des sinusites maxillaires; 3° Remarques cliniques.
M. Degreift. — Notes sur les sinusites maxillaires.
M. Broeckaert. — Traitement de l'ozène par la restauration des cornets au moyen de parafine gaïaformée.
M. Massier. — Deux cas de phlegmon de la fosse temporale.
M. Natier. — Récidives vraies et fausses, récidives de végétations adénoïdes; inefficacité de trois interventions successives; origine et traitement respiratoires
M. Parmentier. — Guérison d'un goitre après enlèvement de polypes muqueux du nez.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MADRID

Le XIVe Congrès international de Médecine se tiendra à Madrid, du 23 au 30 avril 1903.
Dans le but d'assurer et de faciliter la participation des médecins français à ce Congrès, une Assemblée composée des délégués des Sociétés savantes et des Facultés de médecine françaises, a eu lieu le 5 mai à la Faculté de médecine de Paris.
Cette Assemblée, après avoir désigné un certain nombre de rapporteurs scientifiques, a nommé un Comité exécutif, dont le Prof. Brouardel a accepté la présidence.
Ce Comité exécutif s'occupera de toutes les questions concernant l'organisation du Congrès. Il servira d'intermédiaire entre le Comité espagnol du Congrès international et les médecins français qui se rendront àMadrid.
Ceux de nos compatriotes qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid sont priés d'envoyer, dès maintenant, leur adhésion au Dr Richardière, secrétaire général du Comité exécutif et aussi de lui envoyer les titres de communications qu'ils peuvent avoir l'intention de faire.
Le prix de la cotisation est fixé à 30 pesetas Il sera versé, à Madrid, entre les mains du trésorier du Congrès de médecine. Les demandes de renseignements peuvent être adressées au Dr Richardière (Paris, 18, rue de l'Université).

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MADRID, 1903.

Les questions mises à l'ordre du jour pour les sections d'otologie et de laryngologie sont les suivantes :

I. — *Section d'otologie.*

A. Causes de la surdi-mutité. Rapporteurs : Drs A. Castex (de Paris) Schmiegelow (de Copenhague), Verdos (de Barcelone).
B. Etude anatomique et chimique du cholestéatome. Rapporteurs : Drs Schwartze (de Halle), Cozzolino (de Naples), Basajas (de Madrid).
C Traitement consécutif aux interventions chirurgicales sur l'oreille. Rapporteurs : Drs Lermoyez (de Paris), Botey (de Barcelone).

II. *Section de laryngologie.*

A. Convient-il, au point de vue médical et social, d'intervenir chirurgicalement dans toutes les espèces de cancers laryngiens, et à toutes

les périodes ? Rapporteurs : Drs Semon (de Londres), Gluck (de Berlin), Sutra y Lastra (de Séville).

B. Valeur du traitement local dans la tuberculose laryngée. Rapporteurs : Drs Krause (de Berlin), Grazzi (de Florence), Roquer Casadesus (de Barcelone).

C. La rhinite atrophique fétide est elle toujours essentielle ? Nécessité d'établir un diagnostic précis avant d'instituer le traitement. Rapporteurs : Drs Moure (de Bordeaux), Freudenthal (de New-York), Pelez (de Grenade).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Die Krankteiten des Ohres und deren Behandlung, par A. Hartmann (*Berlin Fischer's medicin*) Buchhdl. H. Kornfeld. 1902.

Etude anatomo-pathologique du plancher de la caisse, par le Dr J. Rozier (Th. de Paris, 1902. Imprimerie A. Mellotée, 148, rue Legendre).

Société française d'ophthalmologie. Congrès de 1902. Rapport sur les complications orbitaires et oculaires des sinusites, par le Prof. F. de Lapersonne, Paris, Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne, 1902.

Rapport sur la cécité et les aveugles en France, par MM. Trousseau et Truc, Paris, Steinheil, 1902.

Intubation du larynx. Instruments. Technique. Avantages, par le Dr Perez Avendano. Préface du Dr Marfan, Naud, éditeur, Paris, 1902.

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1902

(28e VOLUME, 1re PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Pages

Abraham (J.). - Les amygdalites aiguës 189
Alexander. — Moulage de l'oreille moyenne destiné à l'enseignement 39
Alexander (A.). — Pemphigus. 129
Alexander (G.). — Contribution à l'anatomie du ganglion vestibulaire des mammifères 161
Alkan. — Certaines formes du palais et leur production . . . 461
Alt (F.). — Otite moyenne suppurée chronique tuberculeuse. . 37
Alvarez (J.). — Corps étranger (bouton) logé pendant un an dans la fosse nasale, simulant une rhinorrhée scrofuleuse . . 248
Aris y Garcia (J.). — Etude des formes cliniques de tuberculoses laryngées au point de vue du pronostic et essai de traitement. 142
Avellis. — L'innervation motrice du larynx, étudiée d'après un nouveau cas de paralysie traumatique glosso-palato-laryngo-nasale et d'après les derniers travaux sur l'anatomie du cerveau 172
Avellis (G.). — Adhérences du voile du palais, causées par le pemphygus de la muqueuse 185
Avellis (G.). — L'origine de la mucocèle non traumatique du sinus frontal. 257
Avellis. — La terminaison de l'empyème aigu par la caséification, son importance clinique et ses chances de guérison. . . 452
Baker (A. R.). — Un cas de thrombose des sinus. 85
Ballenger (W. L.) — Epreuves de l'ouïe pour aider au diagnostic différentiel des lésions auriculaires. 140
Balvay. — Abcès cérébral. 90
Bar (L.) — Contribution à l'étude des abcès juxta-pharyngiens. 510
Barr (Th.) **Nicoll** et (J. H.) —Abcès cérébelleux guéri par une opération 167
Barrago-Ciarella. — De la présence de blastomycètes dans les polypes muqueux du nez 239

Pages

Barrio y Penariedonda. — Larves dans l'oreille 72
Barth (E.). — Etude clinique des névroses de la glotte 454
Basan, Conscret. — Remarques sur une série de quarante tubages du larynx dans la diphtérie 356
Baurowicz. — Oblitération congénitale des choanes 245
Baurowicz. — Cent cas de sclérome 244
Beamann Donglan. — La glande surrénale dans la fièvre des foins 238
Beck (S. C.). — Autopsie d'un cas d'actinomycose de l'oreille moyenne 155
Bellotti. — Troubles respiratoires par auto-intoxication chez l'enfant 177
Belt (E. O.) — Insufflation et médication de l'oreille moyenne dans l'otite moyenne non suppurée 74
Berger. — Restauration du nez sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux 251
Bertemès et Jacques. — Traitement opératoire des kystes paradentaires antérieurs du maxillaire supérieur 506
Biehl. — Carcinome primitif du nez 56
Blum (V.). — Du diagnostic des diverticules de l'œsophage . . 182
Bogdanoff-Beresovsky. — De l'amélioration de l'ouïe chez les sourds-muets 73
Bonain. — Cancer du larynx opéré avec succès par voie endolaryngée 509
Boulay. — Traitement des papillomes du pharynx chez l'enfant 259
Braislin (C.). — Tumeur calcifiée de l'oreille moyenne 445
Breton. — Vomissements presque incoercibles liés à la rhinopharyngite et aux végétations adénoïdes 249
Bride (P.). — Quelques considérations sur l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne 235
Brindel. — Nouveau mode de traitement du coryza atrophique ozénateux par les injections interstitielles de paraffine 506
Broca (A.). — Otite et mastoïdite chroniques avec abcès extradural de la fosse cérébelleuse. Opération par voie mastoïdienne. Guérison 152
Broca (A.) et Laurens (G.). — Méningite consécutive à une otite chronique ayant simulé un abcès cérébral 5
Broeckaert. — Des injections de paraffine solide en oto-rhino-laryngologie 519
Bronner. — Spécimen d'angiome pédiculé du larynx 342
Bruck (Alf.). — Purpura rhumatismal et angine 184
Bruck (A.). — Traitement thyroïdien de la surdité chronique . 146
Brühl (G.). — Epreuves de Rinne et de Gellé 144
Bucknall et Godlee Rickmann. — Vaste diverticule du pharynx. Ablation 362
Burnett Swan. — Série de cas de suppurations de l'os temporal 146
Buys. — Carie du rocher et méningo-encéphalite suppurée . . 89
Caboche (H.). — De la hernie cérébrale dans les interventions intracrâniennes dirigées contre les otites moyennes suppurées . 278
Cardie (J. W.). — Quelques nouveaux cas de narcose par le chlorure d'éthyle 36
Carle. — De la dégénérescence cancroïdale des vieilles otites suppurées 7
Caro (F. Mc.). — Mastoïdite grippale 1
Carson (W.). — Papillomes multiples du larynx 2
Castex. — Lymphome diffus pharyngo-laryngé 5

Pages

Castex. — Débuts de la surdité 522
Chalmers (A.J.). — Le nez de chien (henpuye) dans la colonie de la Côte-d'Or. 247
Champeaux (de). — Une cause inattendue de lésion pulmonaire offrant les caractères d'une tuberculose au début. . . . 358
Chauffard. — Angine de Vincent guérie en 3 jours par des applications de bleu de méthylène. 266
Chavasse. — Sur un cas de tumeur fibreuse (chéloïde) développée sur la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite consécutivement à un décollement traumatique sous cutané, sans plaie, de la peau de cette région. 511
Cheatle (A. H.). — Otite moyenne suppurée chronique avec thrombose du sinus latéral, sans ligature de la jugulaire interne. Guérison. 86
Chevalier. — Une observation de fibro-myxome du naso-pharynx. 504
Chiari (O.). — Angiofibrome naso-pharyngien 57
Chiari. — Traumatisme du nez par une arme à feu. 67
Cholewa. — Pourquoi les polypes du nez récidivent ? 240
Collet. — Vertige d'origine nasale 97
Collinet. — Traitement des sténoses fibreuses du larynx . . . 491
Collinet. — Sur un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral. Ligature de la jugulaire. Curetage du sinus. Guérison. . . . 526
Compaired. — Un cas de mal perforant buccal. 182
Compaired. — Le chlorhydrate d'adrénaline en oto-rhino-laryngologie. 544
Coolidge (A.). — Asymétrie des cavités nasales 541
Cordes (H.). — De l'hyperplasie, de la dégénérescence polypeuse du cornet moyen, des polypes du nez dans leurs rapports avec la partie osseuse de la lame criblée. 240
Cordes (H.). — De la transformation muqueuse de l'épithélium des canaux excréteurs des glandes de la muqueuse nasale . . 256
Costiniu. — Deux cas de corps étrangers des fosses nasales. . 243
Courtade (A.). — De la mensuration graphique de la perméabilité des fosses nasales. 110
Courtade. — De la mensuration graphique de la perméabilité des fosses nasales. Discussion. 122
Coussieu. (H.). — Contribution à l'étude des otites moyennes aiguës 349
Coussieu (H.). — Recherches sur la bactériologie des otites moyennes aiguës 413
Cousteau. — Nouvel instrument (septotome) pour redresser les cloisons nasales déviées. 107
Cozzolino (V.) — Un nouveau bacille filamenteux causant des affections pseudo actinomycosiques 155
Dabney (S.G.). — Complications mastoïdiennes dans l'otite moyenne aiguë. 77
Danzizer (F.). — L'origine et la cause de la surdi-mutité. . . 288
Delore (H.). — Mastoïdite avec thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne 85
Denker (A.). Abcès du lobe frontal d'origine nasale et abcès extra dural de la région frontale guéris par l'opération. . . . 351
Depierris. — Du traitement thermal, par applications locales sur le rhino-pharynx. 428
Depage. — Résection large du rocher 82
Depage. — Carie du rocher. Abcès sous-duraux, extra crâniens. Plusieurs interventions consécutives. Mort. 88
Derenberg (J.). — Traitement de la pharyngite latérale par l'électrolyse 461

Pages

Ditmann. — Un cas de blessure de la carotide primitive gauche par un os avalé 267
Dor (H.). — Le cholestéatome du sein. 541
Dorendorf. — Contribution à la paralysie du nerf laryngé supérieur. 173
Douglas (O.). — Le catarrhe nasal 243
Duel (A.). — Dilatation électrolytique de la trompe d'Eustache 145
Dufour (C.). — Hémorrhagie grave après l'ablation d'un polype de l'oreille 143
Ebstein. — Compresseur pour arrêter les hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie. 49
Ebstein. — Empyème des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal avec carie tuberculeuse étendue de ce dernier. Mort 50
Ebstein. — Deux cas de granulomes de la trachée apparus longtemps après l'enlèvement de la canule 58
Ebstein. — Sclérome des voies aériennes supérieures 61
Ephraïm (A.). — Otite moyenne aiguë chez un diabétique . . 444
Ephraïm. — Mécanisme de l'accroissement du cholestéatome. 446
Epstein (A.). — De l'angine chronique à leptothrix chez l'enfant 183
Escat. — Hémorrhagie amygdalienne consécutive à l'emploi d'un morcelleur à mors tranchants. Arrêt de l'hémorrhagie par le tamponnement de la loge amygdalienne combiné à la suture des piliers 523
Escat. — Sur un procédé d'extirpation des amygdales enchatonnées. 523
Eschweiler. — De la diphtérie tardive dans le nasopharynx . 461
Eve (P.F.). — Cas intéressant de corps étranger de la trachée. 179
Euring (F.C.). — Parotite récidivante persistant dix ans chez un enfant bien portant 137
Falb. — Paralysie de la langue, du palais et du larynx 51
Fay. — Mariage des sourds muets. 146
Fein. — Traitement de la pachydermie laryngée typique par une solution alcoolisée d'acide salicylique. 48
Fein. — Paralysie de la corde vocale gauche. 65
Fentin (Th.). — Un cas de diphtérie sublinguale. 185
Fischbein. — Contribution au traitement du spasme de la glotte. 360
Fischenich. — Le traitement du processus catarrhal adhésif de l'oreille moyenne par des injections intratubaires de pilocarpine 232
Flatau (Th. S.). — Sur l'application du phonographe à la pathologie et à la thérapeutique de la voix 93
Fleiner (W.). — Nouvelle contribution à la pathologie de l'œsophage. 456
Fränkel. — Remarques sur la mauvaise haleine 186
Frankenberger. — Des sténoses de la trachée. 359
Frey (G.). — Lésions simultanées de deux nerfs acoustiques probablement imputables à une méningite basilaire spécifique . . . . 3[illegible]
Friedmann (F.). — Sur la valeur des amygdales palatines de jeunes enfants comme porte d'entrée de la tuberculose. . . . 1[illegible]
Friedrich. — Contribution à l'étude des affections auriculaires diabétiques. 7
Furet (F.). — Un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral droit. Opération. Mort 40
Garel. — Brûlure du larynx par une pilule de Dupuytren . .

Pages

Garel (**J.**). — La toux de compression, son importance pour le diagnostic des rétrécissements des bronches (Adénopathies et tumeurs du médaistin). 201
Gasne (**G**) et **Lermoyez** (**M.**). — Goutte aiguë du pharynx . 398
Gaudier. — Abcès du cervelet consécutif à une otite suppurée 151
Gavello — Autoplastie partielle du pavillon de l'oreille . . . 79
Gellé (**E**). — Des courants aériens et cyclones se formant dans la cavité buccale, dans la parole chuchotée 197
Gellé (**G.**). — Algie mastoïdienne hystérique 123
Gerber. — La chamaeprosopie et la syphilis héréditaire dans leurs rapports avec la platyrrhinie et l'ozène. 238
Gerber (**P.H.**). — Du sclérome, en particulier dans la Prusse orientale. 243
Gerber. — Le double diaphanoscope pour la transillumination des sinus frontaux. 354
Gersuny (**R.**). — A propos d'une canule trachéale qui a fait ses preuves. 178
Glatzel. — Remarques sur le cathétérisme du sinus frontal . . 228
Glatzel. — Contribution à l'étude des anévrysmes intra-thoraciques avec examen aktinoscopique 455
Godlee Rickmann et **Bucknall** (**T. R. H**). — Vaste diverticule du pharynx. Ablation 362
Goldstein (**M.A.**). — Tuberculose primitive de l'oreille. . . . 138
Goldstein (**M.A.**). — Tuberculose primitive du larynx. . . . 138
Gomperz. — Extraction du marteau après anesthésie du tympan par le procédé de Schleich 36
Gomperz — Plastique auriculaire consécutive à l'opération radicale 39
Gomperz. — Séquestre des deux anneaux tympaniques 40
Gomperz. — Sur le traitement des adhérences de l'oreille moyenne. 43
Gottstein. — De la pseudo-voix après l'extirpation totale du larynx. 265
Gradenigo. — Diagnostic et traitement de la leptoméningite d'origine otique 147
Gray Croly (**H.**). — Epithélioma de l'épiglotte et du larynx . 358
Greene (**D.M.**). — Abcès cérébral consécutif à un abcès tonsillaire et à une otite moyenne suppurée non perforante . . . 88
Grünbaum (**O.F.F.**) — Note sur l'administration d'un anesthésique à un malade atteint de paralysie bilatérale des abducteurs 174
Grussey. — L'état actuel de l'otologie dans la Grande Bretagne 150
Gugenheim. — Deux cas de fistule cervicale congénitale complète 266
Guillain (**G.**) et **Marie** (**P.**). — Sur trois cas de rhinelcose coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle . 369
Guinard. — Abcès cérébelleux. 151
Habermann. — Double conduit auditif 229
Habermann. — Le cholestéatome du sinus frontal. 353
Haike. — Anatomie du sinus carotidien 538
Hajeck. — Paralysie récurrentielle droite complète. 48
Hajeck (**M**). — Sur le canal naso-frontal. 60
Hajeck. — Considérations sur la cure radicale de l'empyème chronique du sinus maxillaire et sur ses indications 532
Hammerschlag. — Lésions simultanées de l'acoustique, du facial et des muscles oculaires. 36
Hamon du Fougeray. — Des gazes à la quinoline naphtolée dans le traitement des otites moyennes purulentes. 508

Pages

Hankins. — Laryngectomie 264
Harmer. — Observation du croup primitif du larynx et de la trachée 59
Harmer. — Glossite profonde avec formation d'abcès. 60
Harmer. — Trois cas de rhinosclérome 62
Harmer. — Gomme de la trachée siégeant directement au dessus de sa bifurcation. 528
Harvey (F.G.). — Six cas d'ablation du larynx 356
Hasslauer. – Les tumeurs de la cloison du nez à l'exception des néoplasmes malins 241
Hatch (W.K.) et Row (R.). — Lésions fongueuses de l'oreille. 234
Haushalter. — Lésions hérédo syphilitiques du larynx. . . . 260
Hecht. — Un stérilisateur électrique pour les instruments de petite chirurgie et en particulier pour les instruments du larynx, du nez et des oreilles 178
Heindl. — Traumatisme du nez par une arme à feu 66
Heindl. — Sténose trachéale consécutive à la syphilis héréditaire. 66
Heindl. — Aphonie et dyspnée spasmodique. 351
Heinlein. — Carcinome de la langue et du larynx 136
Heller (J). La syphilis de l'amygdale linguale. 182
Henning. — Rétablissement artificiel du pavillon de l'oreille . 39
Hessler. — Otorrhée et tumeur cérébrale. 148
Hervelka (O.) — Un cas d'abcès de l'amygdale pharyngée . . 189
Heymann (P.). — Tumeur pédiculée. 133
Highet (H.C.). — Otomycose dans les tropiques 232
Hirtz (E.). — Otite moyenne pneumococcique au cours de la pneumonie. 75
Hödlmoser. — Du diagnostic du carcinome latent de l'œsophage. 267
Jobson Horne. — Epithélioma du larynx. 220
Jobson Horne. — Sur un cas d'obstruction nasale chez une femme de 24 ans. 346
Kraith (C. H. Mc.). — Obstruction laryngienne congénitale. . 358
Jacques. — Développement des sinus frontaux dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage 127
Jacques. — Névropathie nasale et pseudosinusites 505
Jacques et Bertemès. — Traitement opératoire des kystes paradentaires antérieurs du maxillaire supérieur. 506
Jacques et Michel. — Kystes dentaires du mayillaire supérieur. 352
Joal. — Du gaz carbonique dans les affections nasales. 355
Jundell (J.) et Svenson (F.). — Un cas de phlegmon chronique progressif provoqué par le diplocoque de Fraenkel et secondaire à une angine. 460
Joncheray. — Otite moyenne hémorrhagique. 524
Kafemann. — Recherches psychologiques sur l'aprosexie nasale 243
Karmer. — Recherches sur l'enduit post-amygdalotomique et ses rapports essentiels avec la diphtérie. 189
Kelling (G.). — Endoscopie de l'œsophage et de l'estomac. . . 183
Keneflek (A.). — L'électrolyse dans les rétrécissements de la trompe d'Eustache 156
Keown (M.). — La respiration imparfaite due aux végétations adénoïdes 252
Kernon (J.F.). — Traitement abortif de la mastoïdite aiguë. . 77
Kerr (J.). — Deux cas de pyémie des sinus avec résultats rares. 169

Pages

Kien (G.). — Abcès rétropharyngien par otite moyenne purulente. 448
Kietsow (P.) et **Nadoleczny**. — De la psychophysiologie de la corde du tympan 71
Killian. — Valeur de la bronchoscopie supérieure dans le diagnostic du carcinome pulmonaire 171
Killian. — Un cas de périchondrite et de périostite aiguë de la cloison nasale, d'origine dentaire. 250
Killian. — Le diagnostic œsophagoscopique des diverticules de l'œsophage 457
Killian. — Thrombo phlébite du sinus longitudinal supérieur dans les sinusites frontales 542
Knapp (H.). — Abcès cérébral d'origine otique avec cécité verbale 148
Kœbel. — Otite moyenne combinée avec un abcès cérébral rhinogène. 91
Konzert. — Carcinome fongueux du nez 249
Körner (O.) — Les affections otitiques du cerveau, des méninges et du sinus 540
Körner (O.). — Cholestéatome vrai de la fosse crânienne postérieure. Infection par une suppuration de l'oreille moyenne. Guérison après trépanation 541
Koschier (H.). — Sténoses post-diphtériques du larynx et de la trachée 54
Koschier (H.). — Empyème tuberculeux du maxillaire supérieur 55
Koschier. — Deux opérations du cancer du larynx. 67
Koschier. — Un cas de sténose des voies aériennes supérieures. 64
Koschier. — Tumeurs polypoïdes du nez. 64
Koschier. — Cancer épithélial pavimenteux. 65
Koschier. — Fibro-sarcome nasal 65
Krause (F.). — Plastique nasale. 252
Krause (F.). — Trois opérations laryngiennes 262
Krause (F.). — Opération laryngienne. 357
Kretschmann (V.). — Un cas d'agoraphobie considéré comme vertige auriculaire 160
Kumberg. — Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la pyémie otogène 82
Küster. — Trépanation ostéoplastique de l'apophyse mastoïde . 78
Lack (H.L.). — Corps étranger demeuré huit ans dans le pharynx d'un enfant. 183
Lack Lambert. — Tumeur rare de la paroi postérieure du larynx. 223
Lack Lambert. — Examen microscopique de la tumeur rare du larynx 226
Landolt (F.). — Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx. 347
Lannois. — L'audition dans l'atrésie congénitale de l'oreille . 506
Lannois (M.) et **Vacher** (P.). — Surdité et diplégie faciale par fracture double des rochers. 387
Larkin (F.C.). — Fracture de la fosse crânienne antérieure avec rhinorrhée cérébro-spinale. 255
Laurens (Georges). — Abcès extra-dural avec pachyméningite d'origine otique Evidement du rocher. Guérison 102
Laurens (G.) et **Broca** (A.). — Méningite consécutive à une otite chronique ayant simulé un abcès cérébral 5
Lavisé. — Abcès du cerveau traité par la trépanation. 149
Lavrand (H.). — La respiration bucco-nasale est possible . . 507

Pages

Lecène (P.). — Un cas de méningite séreuse d'origine otitique. Trépanation bilatérale. Guérison 350
Leichtenstern (O.). — Des affections du larynx au cours du diabète. 180
Le Nouene. — Contribution à l'étude des polypes naso-pharyngiens. 361
Lermoyez (M.). — Un cas de pyohémie otogène thrombophlébitique. 16
Lermoyez (M.) et **Gasne** (G.). — Goutte aiguë du pharynx . 398
Leutert (E.). — A quel point de vue faut il considérer actuellement la thérapeutique des otites suppurées chroniques et où en est la question du cholestéatome ? 230
Leutert (E.). — Recherches bactériologiques et cliniques sur les complications des otites purulentes aiguës et chroniques . 237
Lewy (L.). — Un cas de pyémie otitique. 169
Liaras. — Lupus de l'oreille. 73
Lichwitz (M.). — Du traitement du lupus de l'oreille et du nez par l'air chaud 126
Liebmann (M.). — L'étiologie du bégaiement, du bredouillement, de la parole précipitée paraphrasia præceps) et de la surdité verbale. 162
Loeb (H.W.). — 107 polypes extraits en une séance. 140
Lœkhardt (L.B.). — Manifestations laryngées de la fièvre typhoïde. 180
Lœwe (L.). — Chirurgie de la cloison nasale et des sinus supérieurs 355
Lohnberg et **Nœbel**. — L'étiologie et le traitement opératoire radical de l'ozène dit primitif 253
Losseff (A.) et **von Stein** (S.). — Un cas d'abcès extra-dural et sous-périosté étendu (pachyméningite externe suppurée). Trépanation. Guérison. 166
Love (J. H.). — L'évolution de la trépanation de la mastoïdite. 78
Lublinski. — Le traitement de pachydermie laryngée par l'acide salicylique 176
Luc (H.). — Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intra crâniennes 68
Luc. — De la leptoméningite consécutive à la cure radicale de l'empyème frontal chronique 520
Ludwig et **Sanger**. — Guérison d'un cas d'otite compliquée de thrombose des sinus, d'abcès périsinusien et d'abcès cérébral. 86
Ludwig et **Sanger**. — Otite moyenne avec abcès développé autour du sinus transverse. 85
Lutz (S.A.). — Sarcome mastoïdien. 157
Macaskie (J.G.). — Extraction d'un corps étranger de l'oreille. 72
Macloy. — Ostéophytes des cavités nasales. 544
Magenan (C.). — Des vertèbres proéminentes dans le nasopharynx 242
Maget. — Mastoïdite aiguë, intervention incomplète. Abcès extra-dural consécutif Trépanation. Guérison 485
Mahu (G.). — Hydrorrhée nasale unilatérale. Guérison par l'air chaud 481
Mahu. — Pansements consécutifs à l'évidement pétromastoïdien. 512
Mahu. — Du morcellement des amygdales chez les adultes. . . 525
Maitland (L. H.). — Trois cas de corps étrangers de l'œsophage. Trachéotomie et œsophagotomie dans un cas 459

Pages

Majewski (T.). — Un cas de sclérome des voies respiratoires 244
Malioutine. — Irrégularité de forme du palais en rapport avec un fonctionnement défectueux des cordes vocales. . . . 263
Mangoldt (von). — Traitement du rétrécissement du larynx par l'implantation d'un fragment de cartilage costal 360
Marie (P.) et Guillain (G.). — Sur trois cas de rhinelcose coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle. 369
Martin (E.). — Gastronomie comme moyen de soulager les douleurs de déglutition dans la laryngite tuberculeuse 171
Massier. — Accidents méningitiques d'origine otique, simulant un abcès du cerveau. Evidement pétro mastoïdien. Guérison. 525
Mauclaire et Picqué. - Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse 152
May (E. H.). — Otites moyennes au cours de la scarlatine et de la rougeole 75
Meyer (Edm.). — Rhinite fibrineuse. 134
Meyer (E.). — Un nouveau porte tampon pour le larynx. . . 456
Michel et Jacques — Kystes dentaires du maxillaire supérieur. 352
Milligan. — Un cas de lipome du pharynx. 345
Milton (H.). — Extraction d'un corps étranger de la bronche par trachéotomie intra-thoracique. 453
Miot. — De l'emploi des émissions sanguines et des réfrigérants dans les otites moyennes aiguës. 75
Molinié (J.). — Tumeur tuberculeuse de la cloison. 508
Moncorgé. — Vertiges et ictus laryngés (10 cas). 422
Morestin (H.). — Plaie transversale du larynx, au niveau de l'espace crico-thyroïdien, suture hermétique du larynx, du plan musculo aponévrotique et de la peau. Guérison en 8 jours. 360
Morf (J.). — Occlusion congénitale des choanes. 239
Mosbacher (F.). — Verrue hémorrhagique de l'oreille guérie par un remède populaire (urine). 72
Moszkowski (M.). — Bacille de l'influenza dans le pus d'un empyème du sinus maxillaire. 451
Mouratoff (M.W.). — Kyste hydatique de l'oreille et du cerveau, compliqué d'hémiatrophie de la face. 156
Moure (E.J.). — Tumeurs malignes de l'ethmoïde. 503
Moure. — Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée . . . 514
Mouret (M.). — Rapports de l'apophyse unciforme avec les cellules ethmoïdales et le méat moyen. 502
Much (O.). — De l'existence du rhodane dans les sécrétions nasale et lacrymale. 241
Much (O.). — Iodisme aigu après l'ingestion d'iodure de potassium en rapport avec la présence du rhodane dans la salive et les sécrétions du nez et de la conjonctivite 242
Muller (R.). — Contribution à l'étude des abcès cérébraux d'origine otique 161
Müller (R.). — Névroses et opérations sur l'apophyse mastoïde 447
Murray (W.). — Paralysie faciale dans l'otite moyenne aiguë. 146
Mygind (Holger). — Le lupus laryngé vulgaire 177
Nadoleczny et Kietsow (P.). — De la psychophysiologie de la corde du tympan 71
Nélaton. — Nouveau procédé de rhinoplastie 251
Nicoll (J.H.) Barr (Th.). — Abcès cérébelleux guéri par une opération. 167

Pages

Noblejones. — Bacilles tuberculeux dans les fosses nasales de l'homme sain. 245
Noebel et Löhnberg. — L'étiologie et le traitement opératoire radical de l'ozène dit primitif 253
Opp Max. — De l'aphonie hystérique 175
Ostmann. — Maladies de l'oreille chez les enfants des écoles du district de Marbourg 444
Ostmann. — La participation du facial dans l'action d'écouter attentivement 446
Panse (R.). — Bruits d'oreille (Timitus aurium) 144
Parker (C. A.). — Pachydermie du larynx. 227
Parker (C. A.). — Note sur la syphilis acquise du nez et du pharynx 363
Park West (J.). — Trachéocèle. 259
Patel. — Enormes sinus frontaux 543
Pégler. — Kyste de la glande thyroïde 222
Peltesohn. — Traitement de la rhinite fibrineuse. 131
Peyser — Dévintion irrégulière du voile palatin. 129
Pick (V.). — Nécrose bilatérale de la capsule labyrinthique osseuse à la suite d'une otite moyenne suppurée chronique. . . 41
Picqué et Mauclaire. — Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse 152
Piffl. — Un cas d'abcès cérébral otitique opéré avec succès . . 168
Pischel (K.). — Mastoïdite compliquée de paralysie du droit externe. 159
Politzer (A.). — Contribution à l'anatomie pathologique de l'otite moyenne aiguë du nourrisson. 42
Politzer (A.). — Traité d'otologie pour les praticiens et les étudiants 140
Postnikow et Sletow. — L'électrolyse dans le traitement de la sténose cicatricielle de l'œsophage 458
Powell (F. G.). — Tuberculose du larynx. 220
Preysing. — La caisse du tympan chez l'homme sain est sans germes 143
Przerdborski. — Les affections laryngées pendant la grossesse. 181
Pynchon (E.). — Légères irrégularités de la cloison nasale . 136
Randall (C. A.). — Quatre cas d'abcès cérébelleux. 154
Raoult (A.). — Du choix de l'intervention opératoire dans des kystes paradentaires de la région du maxillaire supérieur . . 29
Raoult. — Nouveaux cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse. . 128
Raoult Aimar. — Phlegmon de la fosse temporale externe d'origine otique 509
Raoult Aimar. — Instruments pour le morcellement et l'évidement des amygdales 513
Regnier (L. R.). — Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal de l'enfant. 118
Repesso (N.). — Abcès extraduraux cérébelleux d'origine otique. 167
Réthi. — L'origine des dépressions cupuliformes sur les cordes vocales pachydermiques 176
Röhr. — Sur la syphilis tardive du larynx chez l'enfant . . . 13[illegible]
Rontaler (S.). — Deux cas rares de sarcomes naso pharyngiens. 24
Röpke. — Des difficultés de diagnostic dans certains accidents cérébraux d'origine auriculaire . . . . 8[illegible]
Röpke (F.). — Les maladies professionnelles de l'oreille et des premières voies aériennes. . . . . 53[illegible]
Rosenberg (A.). — Muscles et cartilages amygdaliens . . . . 13[illegible]

Pages

Rosenberg (A.). — Variétés et anomalies des vallécules et des sinus pyriformes 179
Roth (W.). — De l'emploi de l'ouvre-nez dans le cas de gêne de la respiration nasale. 252
Row (R). **Hatch** (W. K.). — Lésions fongueuses de l'oreille. 234
Rozier (J.). — Le plancher de la caisse 295
Rueda (F.). — Tuberculome géant des fosses nasales. 542
Ruprecht. — Solution de lysol pour empêcher le ternissement du miroir laryngé 456
Sagabriel — Observations sur l'action de la naphtalane dans le traitement de l'eczéma de l'oreille externe 230
Saint-Clair Thomson. — Amygdalotomie par énucléation . . 190
Saint-Clair Thomson. — Infiltration de la corde vocale droite datant de six mois. 218
Sanger et Ludwig. — Guérison d'un cas d'otite compliquée de thrombose des sinus, d'abcès périsinusien et d'abcès cérébral. 86
Sanger et Ludwig — Otite moyenne avec abcès développé autour du sinus transverse. 85
Santi (de). — Un cas d'ulcération tuberculeuse très étendue de la cavité du nez chez une femme tuberculeuse de 21 ans. . . 346
Scanes Spicer. — Néoplasme du larynx développé sur la paroi postérieure et compliqué de parésie de la corde vocale gauche. 218
Scanes Spicer. — Laryngite avec hyperplasie sous-glottique marquée près de la commissure antérieure chez un homme de 36 ans. 219
Scanes Spicer. — Présentation d'une femme traitée pour une difformité nasale (nez en selle) par les injections sous cutanées de vaseline, avec photographies et moulages pris avant et après l'opération 342
Scanes Spicer. — Un cas de cure radicale de suppuration multiple des sinus de la face et des polypes du nez 344
Scanes Spicer. — Hyperostose de la paroi antérieure du sinus frontal ; muqueuse du sinus fongueuse. Opération. Récidive de l'hyperostose et apparition des mêmes phénomènes de l'autre côté. 345
Schell (W.). — Relation des lésions des sinus et de la méningite avec l'otite moyenne suppurée. 84
Scheppegrell (W.). — Electricité dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille. 253
Scheppegrell (W.). — Physiologie de la voix. 139
Schields W. B. — Traitement opératoire des déviations de la cloison nasale. 250
Schlesinger (H.). — Des phénomènes moteurs observés dans la bouche et le pharynx au cours de l'insuffisance aortique. . 187
Schmitz. — Un cas de thrombose otogène directe du bulbe de la jugulaire, sans thrombose du sinus transverse. 150
Schousbœ (H. J. H.). — Sur la présence de microbes dans les fosses nasales normales et le pouvoir bactéricide du mucus nasal 91
Schuchardt. — Pronostic et traitement opératoire du cancer laryngien 260
Schwabach. — Valeur thérapeutique du massage vibratoire de la membrane tympanique. 445
Schwabach. — Temporal d'un sourd-muet. 536
Schwendt. — Etude expérimentale sur la limite de perception des sons élevés. 143

Pages

Sebileau (P.). — La trachéotomie appliquée au traitement des papillomes crico trachéaux 273
Segreti (E.). — Inflammations et tumeurs des sinus sphénoïdaux. 228
Sviedey (A.). — Note sur l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur dans le traitement de l'angine à bacilles fusiformes et à spirilles de Vincent 193
Sletow et Postnikow. — L'électrolyse dans le traitement de la sténose cicatricielle de l'œsophage 458
Snydacker. — Examen microscopique dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. 445
Söhnberc. — Un cas de piqûre de l'oreille avec écoulement de liquide céphalo-rachidien 81
Stan von Stein. — Une nouvelle aiguille pour la ponction du sinus maxillaire 451
Stein von (S.) et Loseff (A.). — Un cas d'abcès extra-dural et sous-périosté étendu (pachyméningite externe suppurée). Trépanation Guérison. 166
Stenger — Sur la fonction des canaux semi-circulaires. . . . 157
Stenger (D.). — Abcès du cerveau d'origine otitique 166
Stenger. — Thrombose du golfe de la jugulaire. 447
Strhuycken. — Un moyen adjuvant pour le cathétérisme du sinus frontal. 258
Sturmann. — Contribution à la pathologie nasale 132
Suchannek. — De l'existence de glandes sébacées conglomérées dans la muqueuse buccale de l'homme. 186
Sugar (M.). — Epithéliome de la caisse avec symptômes pseudobulbaires. 235
Sugar. — L'organe de l'ouïe et le purpura rhumatismal. . . . 160
Sundholm (A.). — Kystes du cornet moyen 245
Svenson (F.) et Jundell (J.). — Un cas de phlegmon progressif provoqué par le diplocoque de Fraenkel et secondaire à une angine. 460
Taptas. — De l'extrait de capsules surrénales dans les opérations nasales. 339
Taylor (H.). — Corps étranger des bronches traité par des injections intra trachéales. 170
Texier. — Contribution à l'étude du diagnostic des lésions de la partie moyenne des fosses nasales 511
Texier. — Sur un cas de corps étranger du larynx. Trachéotomie, suture immédiate. Guérison. 516
Thomas. — Réflexes adénoïdiens. 248
Thorne (A.). — Pharyngomycose chez une femme 221
Thorner (M.). — Observations sur l'opération de Asch pour déviation de la cloison cartilagineuse. 250
Tilley (H.). — Un cas de suppuration de l'antre avec distension considérable de la paroi interne 222
Toubert (J.). — Contribution au diagnostic des cellulites mastoïdiennes postérieures 470
Toubert. — Diagnostic des cellulites mastoïdiennes postérieures. 501
Tschekan (W. M.). — Abcès chronique du lobe pariétal gauche, deux trépanations 165
Urunuela. — Laryngofissure et extirpation de l'aryténoïde droit 261
Vacher (L.). — L'extrait de capsules surrénales en oto-rhino-laryngologie. 208
Vacher (L.). — Emploi du chlorure d'éthyle chimiquement pur comme anesthésique général 465

Pages

Vacher. — Note sur l'extrait de capsules surrénales. 521
Vacher. — Ablation des amygdales enchatonnées chez l'adulte. 524
Vacher (P.) et **Lannois (M.)**. — Surdité et diplégie faciale par fracture double des rochers. 387
Walsham. — Nez détruit par un furet. 220
Ward (G.). — Kystes séreux de la cloison du nez 256
Warnecke. — Présence du bacille de la xérose dans le phlegmon diffus, l'infection secondaire des plaies et l'otite interne. 164
Warnecke. — Onze cas d'empyème chronique de l'antre d'Highmore guéris par le traitement et le méat inférieur, suivant la méthode de H. Krause-Friedlaender. 257
Warren. — Les rayons X, en laryngologie 264
Weeney. — Rupture d'un œsophage d'apparence saine 268
Wendell. — Acide phénique pur dans les otites moyennes . . 233
Wilson (R. A.). — Mastoïdite, otite moyenne aiguë et pyémie d'origine traumatique chez un épileptique 83
Winckler. — Le traitement de l'empyème du sinus frontal. . 354
Woakes (E.). — Balle dans la tête extraite par le nez au bout de vingt mois 246
Wood (B.). — Hémorrhagie dans un larynx sain en apparence. 170
Wright (J.). — Empyème des cavités nasales accessoires . . . 450
Wroblewski (W.). — Empyème aigu de l'antre d'Highmore . 449
Wulff. — Un cas d'anévrisme de la carotide interne consécutif à un abcès de l'amygdale; guérison après ligature de la carotide primitive 183
X***. — Poudre contre l'ozène. 255
Zarnicks. — Sur quelques progrès de la chirurgie dans les otites moyennes suppurées 76
Zeroni. — Un cas d'hémorrhagie de la carotide par carie du rocher 158
Ziem. — Sur l'étiologie des tumeurs malignes. 157
Ziem (C.). — Etiologie et thérapeutique des suppurations du nez et de ses sinus : importance du régime et de l'hygiène. . 451

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Pages

Abcès de l'amygdale pharyngée (Un cas d'), par **O. Hewelka**. 189
Abcès cérébelleux, par **Guinard**. 151
Abcès cérébelleux (Quatre cas d'), par **C. A. Randall** 154
Abcès cérébelleux guéri par une opération, par **Th. Barr** et **J. H. Nicoll**. 167
Abcès cérébral, par **Balvay**. 90
Abcès cérébral consécutif à un abcès tonsillaire et à une otite moyenne suppurée non perforante, par **D. M. Greene**. . . . 88
Abcès cérébral d'origine otique avec cécité verbale, par **H. Knapp** 148
Abcès cérébral otitique (Un cas d') opéré avec succès, par **Piffl**. 168
Abcès cérébraux d'origine otique (Contribution à l'étude des, par **R. Muller**. 161
Abcès du cerveau traité par la trépanation, par **Lavisé**. . . . 149
Abcès du cerveau d'origine otitique, par **D. Stenger**. 136
Abcès du cervelet consécutif à une otite suppurée, par **Gaudier**. 151
Abcès chronique du lobe pariétal gauche, deux trépanations, par **W. M. Tschekan**. 165
Abcès extra-dural avec pachyméningite d'origine otique. Evidement du rocher. Guérison, par **G. Laurens**. 102
Abcès extra-dural et sous-périosté étendu (pachyméningite externe suppurée) Trépanation. Guérison, par **S. von Stein** et **A. Losseff**. 166
Abcès extra-duraux cérébelleux d'origine otique, par **N. Repesso**. 167
Abcès juxta-pharyngiens (Contribution à l'étude des). par **L. Bar**. 510
Abcès du lobe frontal d'origine nasale et abcès extra dural de la région frontale guéris par l'opération. par **A. Denker**. . . . 351
Abcès rétropharyngien par otite moyenne purulente, par **G. Kien**. 448
Acoustique (Lésions simultanées de l'), du facial et des muscles oculaires, par **Hammerschlag**. 36
Acoustiques (Lésions simultanées de deux nerfs), probablement imputables à une méningite basilaire spécifique, par **G. Frey**. 37
Actinomycose de l'oreille moyenne (Autopsie d'un cas d'), par **S. C. Beck**. 155
Actinomycosiques (Un nouveau bacille filamenteux causant des affections pseudo-), par **V. Cozzolino**. 155
Adénoïdiens (Réflexes), par **Thomas**. 248
Adhérences de l'oreille moyenne (Sur le traitement des), par **Gomperz**. 43
Adhérences du voile du palais, causées par le pemphygus de la muqueuse, par **G. Avellis**. 185
Adrénaline (Le chlorhydrate d'), en oto-rhino laryngologie, par **Compaired**. 514

Pages

Agoraphobie (Un cas d'), considéré comme vertige auriculaire, par **V. Kretschmann** 160
Algie mastoïdienne hystérique, par **G. Gellé** 123
Amygdales (Instruments pour le morcellement et l'évidement des), par **Aimar Raoult** 513
Amygdales chez les adultes (Du morcellement des), par **Mahu**. 525
Amygdales enchatonnées (Sur un procédé d'extirpation des), par **Escat** 523
Amygdales enchatonnées chez l'adulte (Ablation des), par **Vacher** 524
Amygdales palatines de jeunes enfants comme porte d'entrée de la tuberculose (Sur la valeur des), par **F. Friedmann** . . . 190
Amygdaliens (Muscles et cartilages), par **A. Rosenberg** 132
Amygdalites aiguës, par **J. Abraham** 189
Amygdalite ulcéro-membraneuse (Nouveaux cas d'), par **Raoult**. 128
Amygdalotomie par énucléation, par **Saint-Clair Thomson** . . 190
Anévrisme de la carotide interne consécutif à un abcès de l'amygdale ; guérison après ligature de la carotide primitive, par **Wulff** 188
Anévrismes intra thoraciques (Contribution à l'étude des), avec examen aktinoscopique, par **Glatzel** 455
Angine à bacilles fusiformes et à spirilles de Vincent (Note sur l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur dans le traitement de l'), par **A. Siredey** 193
Angine chronique à leptothrix chez l'enfant, par **A. Epstein**. 183
Angine de Vincent guérie en trois jours par des applications de bleu de méthylène, par **Chauffard** 266
Angiofibrome naso-pharyngien, par **O. Chiari** 57
Angiome pédiculé du larynx (Spécimen d'), par **Bronner** . . . 342
Anneaux tympaniques (Séquestre des deux), par **Gomperz** . . 40
Aphonie et dyspnée spasmodique, par **Heindl** 531
Aphonie hystérique, par **Max Opp** 175
Apophyse mastoïde (Névroses et opérations sur l'), par **R Müller** 447
Apophyse mastoïde (Trépanation ostéoplastique de l'), par **Küster** 78
Apophyse unciforme (Rapport de l'), avec les cellules ethmoïdales et le méat moyen, par **M. Mouret** 502
Aprosexie nasale (Recherches psychologiques sur l'), par **Kafemann** 243
Asymétrie des cavités nasales, par **A. Coslidge** 541
Atrésie congénitale de l'oreille (L'audition dans l'), par **Lannois** 506
506
Auditif (Double conduit), par **Habermann** 229
Auriculaire (Plastique) consécutive à l'opération radicale, par **Gomperz** 39
Auriculaires diabétiques (Contribution à l'étude des affections), par **Friedrich** 76
Auriculaire (Des difficultés de diagnostic dans certains accidents cérébraux d'origine), par **Röpke** 80
Bacilles tuberculeux dans les fosses nasales de l'homme sain, par **Noblejones** 245
Balle dans la tête extraite par le nez au bout de 20 mois, par **E. Woakes** 246
Bégaiement (L'étiologie du), du bredouillement, de la parole précipitée et de la surdité verbale, par **M. Liebmann** 162
Bronches (Corps étranger des), traité par des injections intratrachéales, par **H Taylor** 170

Pages

Buccale de l'homme (De l'existence de glandes sébacées conglomérées dans la muqueuse), par **Suchannek**. 186
Caisse du tympan (La) chez l'homme sain est sans germes, par **Preysing**. 143
Canal naso-frontal, par **M. Hajek**. 60
Canaux semi-circulaires (Sur la fonction des), par **Stenger**. . 157
Cancer épithélial pavimenteux, par **Koschier**. 65
Cancer laryngien (Pronostic et traitement opératoire du), par **Schuchardt**. 260
Cancer du larynx (Deux opérations de), par **Koschier**. . . . 67
Cancer du larynx opéré avec succès par voie endolaryngée, par **Bonain**. 509
Canule trachéale (A propos d'une) qui a fait ses preuves, par **R. Gersuny**. 178
Capsules surrénales (Notes sur l'extrait de), par **Vacher**. . . . 521
Capsules surrénales (Extrait de) en oto rhino-laryngologie, par **L. Vacher**. 208
Capsules surrénales (De l'extrait de) dans les opérations nasales, par **Taptas**. 339
Carcinome fongueux du nez, par **Konzert**. 249
Carcinome de la langue et du larynx, par **Heinlein**. 136
Carcinome latent de l'œsophage (Du diagnostic du), par **Hödlmoser**. 267
Carcinome primitif du nez, par **Biehl**. 56
Carcinome pulmonaire (Valeur de la bronchoscopie supérieure dans le diagnostic du), par **Killian**. 171
Carotide primitive gauche (Un cas de blessure de la), par un os avalé, par **Ditmann**. 267
Catarrhe nasal, par **O. Douglas**. 243
Cathétérisme du sinus frontal (Remarques sur le), par **Glatzel**. 258
Cathétérisme du sinus frontal (Un moyen adjuvant pour le), par **Struycken**. 258
Cellulites mastoïdiennes postérieures (Diagnostic des), par **Toubert**. 501
Cellulites mastoïdiennes postérieures (Contribution au diagnostic des), par **J. Toubert** 470
Chamaeprosopie (La) et la syphilis héréditaire dans leurs rapports avec la platyrrhinie et l'ozène, par **Gerber**. 238
Chlorure d'éthyle (Emploi du), chimiquement pur comme anesthésique général, par **L. Vacher**. 465
Choanes (Occlusion congénitale des), par **J. Morf**. 239
Cholestéatome (Mécanisme de l'accroissement du), par **Ephraïm**. 446
Cholestéatome du sein, par **H. Dor**. 541
Cholestéatome du sinus frontal, par **Habermann**. 353
Cholestéatome vrai de la fosse crânienne postérieure. Infection par une suppuration de l'oreille moyenne. Guérison après trépanation, par **O. Körner**. 541
Cloison nasale (Légères irrégularités de la), par **E. Pynchon**. 130
Cloisons nasales déviées (Nouvel instrument « septotome » pour redresser les), par **Cousteau**. 107
Compresseur pour arrêter les hémorrhagies consécutives à l'amygdalatomie, par **Ebstein**. 40
Corps étranger (Extraction d'un), de la bronche par trachéotomie intra thoracique, par **Milton H**. 45
Corps étranger du larynx. Trachéotomie, suture immédiate. Guérison, par **Texier**. 516
Corps étrangers de l'œsophage (Trois cas de), Trachéotomie et œsophagotomie dans un cas, par **H. L. Maitland**. 45

Pages

Coryza atrophique ozénateux (Nouveau mode de traitement du), par les injections interstitielles de paraffine, par **Brindel**. . 506
Courants aériens et cyclones se formant dans la cavité buccale, dans la parole chuchotée, par **E. Gellé**. 198
Croup primitif du larynx et de la trachée (Observation du), par **Karmer**. 59
Dépressions cupuliformes (L'origine des) sur les cordes vocales pachydermiques, par **Réthi**. 176
Déviation de la cloison cartilagineuse (Observations sur l'opération de Asch), par **M. Thorner**. 250
Déviations de la cloison nasale (Traitement opératoire des), par **W. B. Schields**. 250
Déviation irrégulière du voile palatin, par **Peyser**. 129
Diaphanoscope (Le double), pour la transillumination des sinus frontaux, par **Gerber**. 354
Diphtérie (Remarques sur une série de quarante tubages du larynx dans la), par **Basan, Conscret**. 356
Diphtérie sublinguale (Un cas de), par **Th. Fentin**. 185
Diphtérie tardive dans le nasopharynx, par **Eschweiler**. . 461
Diverticule (Vaste) du pharynx. Ablation, par **Godlee Rickmann, J. and Bucknall T. R. H**. 362
Diverticules de l'œsophage. (Le diagnostic œsophagoscopique des), par **Killian**. 457
Eczéma de l'oreille externe (Observation sur l'action de la naphtalane dans le traitement de l'), par **Sagabriel**. 230
Electricité dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille, par **W. Scheppegrell**. 253
Empyème aigu (La terminaison de l'), par la caséification, son importance clinique et ses chances de guérison, par **Avellis**. 452
Empyème aigu de l'antre d'Highmore, par **W. Wroblewski**. 449
Empyème des cavités nasales accessoires, par **J. Wright**. . . 450
Empyème des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal avec carie tuberculeuse étendue de ce dernier. Mort, par **Ebstein**. 50
Empyème chronique de l'antre d'Highmore (Onze cas d'), guéris par le traitement et le méat inférieur, suivant la méthode de H. Krause-Friedlaender, par **Warnecke**. 257
Empyème chronique du sinus maxillaire (Considérations sur la cure radicale de l'), et sur ses indications, par **Hajek**. . . . 532
Empyème du sinus frontal (Le traitement de l'), par **Winckler**. 354
Empyème du sinus maxillaire (Bacille de l'influenza dans le pus d'un), par **M. Moszkowski**. 451
Empyème tuberculeux du maxillaire supérieur, par **H. Koschier**. 55
Endoscopie de l'œsophage et de l'estomac, par **G. Kelling**. . . 183
Enduit post-amygdalotomique et ses rapports essentiels avec la diphtérie (Recherches sur l'), par **Karmer**. 189
Epithéliome de la caisse avec symptômes pseudobulbaires, par **M. Sugar**. 235
Epithélioma de l'épiglotte et du larynx, par **H. Gray-Croly**. . 358
Epithélioma du larynx, par **Jobson Horne**. 220
Epithélium des canaux excréteurs des glandes de la muqueuse nasale (De la transformation muqueuse de l'), par **H. Cordes**. 256
Epreuves de Rinne et de Gellé, par **G. Brühl**. 144
Evidement pétro-mastoïdien (Pansements consécutifs à l'), par **Mahu**. 512
Facial (La participation du), dans l'action d'écouter attentivement, par **Ostmann**. 446

Pages

Fibro-sarcome nasal, par **Koschier** 65
Fibro-myxome du naso-pharynx (Une observation de), par **Chevalier** 504
Fièvre de foin (La glande surrénale dans la), par **Beamam D onglan** 238
Fistu—e cervicale congénitale complète (Deux cas de), par **Guge heim** 266
Fosse nasale (Corps étranger « bouton » logé pendant un an dan la), et simulant une rhinorrhée scrofuleuse, par **J. Alvarez** 248
Fosses nasales (Deux cas de corps étrangers des), par **Costiniu** 248
Fosses nasales (De la mensuration graphique de la perméabilité des), par **A. Courtade** 110
Fosses nasales (Mensuration graphique de la perméabilité des), Discussion, par **Courtade** 122
Fosses nasales normales (Sur la présence de microbes dans les), et le pouvoir bactéricide du mucus nasal, par **H. J. H. Schousbœ** 91
Fracture de la fosse crânienne antérieure avec rhinorrhée cérébro-spinale, par **F. C. Larkin** 255
Ganglion vestibulaire des mammifères (Contribution à l'anatomie du), par **G. Alexander** 161
Glossite profonde avec formation d'abcès, par **Harmer** 60
Gomme de la trachée siégeant directement au-dessus de sa bifurcation, par **Harmer** 528
Goutte aiguë du pharynx, par **M. Lermoyez et G. Gasne** . . 39
Granulomes de la trachée (Deux cas de), apparus longtemps après l'enlèvement de la canule, par **Ebstein** 58
Haleine (Remarques sur la mauvaise), par **Fränkel** 186
Hémorrhagie amygdalienne consécutive à l'emploi d'un morcelleur à mors tranchants. Arrêt de l'hémorrhagie par le tamponnement de la loge amygdalienne combiné à la suture des piliers, par **Escat** 523
Hémorrhagie de la carotide par carie du rocher, par **Zeroni** . . 158
Hémorrhagie dans un larynx sain en apparence, par **B. Wood**. 170
Hernie cérébrale dans les interventions intracrâniennes dirigées contre les otites moyennes suppurées, par **H Caboche** . . . 278
Hydrorrhée nasale unilatérale. Guérison par l'air chaud, par **G. Mahu** 481
Hyperostose de la paroi antérieure du sinus frontal ; muqueuse du sinus fongueuse. Opération. Récidive de l'hyperostose et apparition des mêmes phénomènes de l'autre côté, par **Scanes Spicer** 345
De l'hyperplasie, de la dégénérescence polypeuse du cornet moyen, des polypes du nez dans leurs rapports avec la partie osseuse de la lame criblée, par **H. Cordes** 240
Infiltration de la corde vocale droite datant de six mois, par **Saint-Clair-Thomson** 218
Inflammation aiguë de l'oreille moyenne (Quelques considérations sur l'), par **P. Bride** 236
Inflammations et tumeurs des sinus sphénoïdaux, par **E. Segreti** 228
Injections de paraffine solide en oto-rhino-laryngologie, par **Broeckaert** 519
Innervation motrice du larynx, étudiée d'après un nouveau cas de paralysie traumatique glosso-palato-laryngo-nasale et d'après les derniers travaux sur l'anatomie du cerveau, par **Avellis** 172

Pages

Insuffisance aortique (Des phénomènes moteurs observés dans la bouche et le pharynx au cours de l'), par **H. Schlesinger**. 187
Iodisme aigu après l'ingestion d'iodure de potassium en rapport avec la présence du rhodane dans la salive et les sécrétions du nez et de la conjonctivite, par **O. Much**. 242
Kystes du cornet moyen, par **Sundholm**. 245
Kystes dentaires du maxillaire supérieur, par **Jacques et Michel**. 352
Kyste de la glande thyroïde, par **Pégler**. 222
Kyste hydatique de l'oreille et du cerveau, compliqué d'hémiatrophie de la face, par **M. W. Mouratoff**. 156
Kystes paradentaires antérieurs du maxillaire supérieur (Traitement opératoire des), par **Jacques et Bertemès**. 505
Kystes paradentaires de la région du maxillaire supérieur (Du choix de l'intervention opératoire dans des), par **A. Raoult**. 29
Kystes séreux de la cloison du nez, par **G. Ward**. 256
Larves dans l'oreille, par **Barrio y Penariedonda**. 72
Laryngectomie, par **Hankins** 264
Laryngées (Affections), pendant la grossesse, par **Przerdborski**. 181
Laryngées (Manifestations) de la fièvre typhoïde, par **L. B. Lækhardt**. 180
Laryngienne (Opération), par **F. Krause**. 357
Laryngiennes (Trois opérations), par **F. Krause**. 262
Laryngienne congénitale (Obstruction), par **C. H. Mc. Ilraith**. 358
Laryngite avec hyperplasie sous glottique marquée près de la commissure antérieure chez un homme de 36 ans, par **Scanes Spicer**. 219
Laryngite tuberculeuse (Gastrostomie comme moyen de soulager les douleurs de déglutition dans la), par **E. Martin**. 171
Laryngofissure et extirpation de l'aryténoïde droit, par **Urunuela**. 261
Laryngologie (Les rayons X en), par **Warren**. 264
Larynx (Six cas d'ablation du), par **F. G. Harvey**. 356
Larynx (Lésions hérédo-syphilitiques du), par **Haushalter**. . . 260
Larynx (Plaie transversale du), au niveau de l'espace crico-thyroïdien, suture hermétique du larynx, du plan musculo-aponévrotique et de la peau. Guérison en 8 jours, par **H. Morestin**. 360
Larynx (Des affections du), au cours du diabète, par **O. Leichtenstern** 180
Larynx (Brûlure du) par une pilule de Dupuytren, par **Garel**. 1
Leptoméningite consécutive à la cure radicale de l'empyème frontal chronique, par **Luc**. 520
Leptoméningite d'origine otique (Diagnostic et traitement de la), par **Gradenigo** 147
Lésions auriculaires (Epreuves de l'ouïe pour aider au diagnostic différentiel des), par **W. L. Ballenger**. 140
Lésions fongueuses de l'oreille, par **W. K. Hatch et R. Row**. 234
Lésions de la partie moyenne des fosses nasales (Contribution à l'étude du diagnostic des), par **Texier**. 511
Lésion pulmonaire (Une cause inattendue de), offrant les caractères d'une tuberculose au début, par **Champeaux** 358
Lipome du pharynx (Un cas de), par **Milligan**. 345
Lupus laryngé vulgaire, par **Holger Mygind**. 177
Lupus de l'oreille, par **Liaras**. 73
Lupus de l'oreille et du nez (Traitement du), par l'air chaud, par **M. Lichwitz**. 126
Lymphome diffus pharyngo-laryngé, par **Castex**. 501

Pages

Maladies professionnelles de l'oreille et des premières voies aériennes, par **F. Röpke** 539
Mal perforant buccal (Un cas de), par **Compaired** 182
Marteau (Extraction du) après anesthésie du tympan par le procédé de Schleich, par **Gomprez** 36
Massage vibratoire de la membrane tympanique (Valeur thérapeutique du), par **Schwabach** 445
Mastoïde (L'évolution de la trépanation de la), par **J. H. Love** 78
Mastoïdite, otite moyenne aiguë et pyémie d'origine traumatique chez un épileptique, par **R. A. Wilson** 83
Mastoïdite aiguë, intervention incomplète. Abcès extra-dural consécutif. Trépanation. Guérison, par **Maget** 485
Mastoïdite aiguë (Traitement abortif de la), par **J. F. M. Kernon** 77
Mastoïdite grippale, par **F. Mc. Caro** 159
Mastoïdite compliquée de paralysie du droit externe, par **K. Pischel** 159
Mastoïdite avec thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne, par **X. Delore** 85
Méningite consécutive à une otite chronique ayant simulé un abcès cérébral, par **A. Broca** et **G. Laurens** 5
Méningite séreuse d'origine otitique. (Un cas de). Trépanation bilatérale. Guérison, par **P. Lecène** 350
Méningitiques (Accidents) d'origine otique, simulant un abcès du cerveau. Evidement pétro-mastoïdien. Guérison, par **Massier** 525
Moulage de l'oreille moyenne destiné à l'enseignement, par **Alexander** 39
Mucocèle non traumatique du sinus frontal (Origine de la), par **Avellis** 257
Narcose (Quelques nouveaux cas de) par le chlorure d'éthyle, par **J. W Cardie** 363
Nasale (Chirurgie de la cloison) et des sinus supérieurs, par **L. Lœve** 355
Nasale Plastique, par **F. Krause** 252
Nasales (Du gaz carbonique dans les affections), par **Joal** . . . 355
Nécrose bilatérale de la capsule labyrinthique osseuse à la suite d'une otite moyenne suppurée chronique, par **V. Pick** . . . 41
Néoplasme du larynx développé sur la paroi postérieure et compliqué de parésie de la corde vocale gauche, par **Scanes Spicer** 218
Névropathie nasale et pseudo-sinusites, par **Jacques** 505
Névroses de la glotte (Étude clinique des), par **E. Barth** . . . 454
Nez (Restauration du, sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux, par **Berger** 251
Le nez de chien (henpuye) dans la colonie de la Côte-d'Or, par **A. J. Chalmers** 247
Nez détruit par un furet, par **Walsham** 220
Nez en selle (Présentation d'une femme traitée pour une difformité nasale par les injections sous-cutanées de vaseline, avec photographies et moulages pris avant et après l'opération, par **Scanes Spicer** 342
Oblitération congénitale des choanes, par **Baurowicz** 245
Obstruction nasale chez une femme de 24 ans (Sur un cas d'), par **J. Horne** 346
Œsophage (Du diagnostic des diverticules de l'), par **V. Blum**. 182
Œsophage (Nouvelle contribution à la pathologie de l'), par **W. Fleiner** 456

Pages

Oreille (Bruits d') (Tinnitus aurium), par **R. Panse** 144
Oreille (Extraction d'un corps étranger de l'), par **J. G. Macaskie** 72
Oreille (Maladies de l'), chez les enfants des écoles du district de Marbourg, par **Ostmann** 144
Oreille (Un cas de piqûre de l'), avec écoulement de liquide céphalo-rachidien, par **Söhnberc** 81
Oreille moyenne (Insufflation et médication de l'), dans l'otite moyenne non suppurée, par **E. O. Belt** 74
Oreille moyenne (Leçons sur les suppurations de l'), et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intra crâniennes, par **H. Luc** 68
Ostéophytes des cavités nasales, par **Macloy** 544
Otite et mastoïdite chroniques avec abcès extra-dural de la fosse cérébelleuse. Opération par voie mastoïdienne. Guérison, par **A. Broca** 152
Otite (Guérison d'un cas d'), compliquée de thrombose des sinus, d'abcès péri-sinusien et d'abcès cérébral, par **Ludwig** et **Sanger** 86
Otite moyenne avec abcès développé autour du sinus transverse, par **Ludwig** et **Sanger** 85
Otite moyenne aiguë chez un diabétique, par **A. Ephraïm** . . 444
Otites moyennes aiguës (Contribution à l'étude des), par **H. Coussieu** 349
Otites moyennes aiguës (Recherches sur la bactériologie des), par **H. Coussieu** 413
Otite moyenne aiguë suppurée (Traitement de l'), par **Moure**. 514
Otite moyenne aiguë (Complications mastoïdiennes dans l'), par **S. G. Dabney** 77
Otite moyenne aiguë du nourrisson (Contribution à l'anatomie pathologique de l'). par **A. Politzer** 42
Otite moyenne combinée avec un abcès cérébral rhinogène, par **Kœbel** 91
Otite moyenne hémorrhagique, par **Joncheray** 524
Otite moyenne pneumococcique au cours de la pneumonie, par **E. Hirtz** 75
Otites moyennes purulentes (Des gazes à la quinoline naphtolée dans le traitement des), par **Hamon du Fougeray** 508
Otite moyenne suppurée chronique avec thrombose du sinus latéral, sans ligature de la jugulaire interne. Guérison, par **A. H. Cheatle** 86
Otite moyenne suppurée chronique tuberculeuse, par **F. Alt** . . 37
Otites moyennes (Acide phénique pur dans les), par **Wendell**. 233
Otites moyennes au cours de la scarlatine et de la rougeole, par **E. H. May** 75
Otites moyennes aiguës (De l'emploi des émissions sanguines et des réfrigérants dans les), par **Miot** 75
Otites moyennes suppurées (Sur quelques progrès de la chirurgie dans les), par **Zarniks** 76
Otites suppurées (De la dégénérescence cancroïdale des vieilles), par **Carle** 79
Otites suppurées chroniques (A quel point de vue faut-il considérer actuellement la thérapeutique des) et où en est la question du cholestéatome ? par **A Leutert** 230
Otites purulentes aiguës et chroniques (Recherches bactériologiques et cliniques sur les complications des). par **E. Leutert**. 237
Otitiques (Les affections), du cerveau, des méninges et du sinus, par **O. Körner** 540

Pages

Otitiques (Suppurations, de la loge cérébelleuse), par **Picqué** et **Mauclaire**. 152
Otologie (Traité d', pour les pratriciens et les étudiants, par **A. Politzer**. 140
Otologie dans la Grande-Bretagne (L'état actuel de l'), par **Grussey**. 150
Otomycose dans les tropiques, par **H. C. Highet**. 232
Otorrhée et tumeur cérébrale, par **Hessler**. 148
Ouïe (L'organe de l'), et le purpura rhumatismal, par **Sugar**. . 160
Ouïe chez les sourds-muets (De l'amélioration de l'), par **Bogdanoff Beresovsky** 73
Ozène (Poudre contre l'), par **X*****. 255
Ozène, dit primitif (L'étiologie et le traitement opératoire radical de l', par **Nœbel et Löhnberg**. 253
Pachydermie laryngée (Le traitement de la) par l'acide salicylique, par **Lublinski**. 176
Pachydermie laryngée typique (Traitement de la), par une solution alcoolisée d'acide salicylique, par **Fein**. 48
Pachydermie du larynx, par **C. A Parker**. 227
Palais (Certaines formes du) et leur production, par **Alkan**. . 461
Palais (Irrégularité de la forme du), en rapport avec un fonctionnement défectueux des cordes vocales, par **Maliontine**. . . . 263
Papillome crico-trachéaux (La trachéotomie appliquée au traitement des), par **P. Sebileau**. 273
Papillomes multiples du larynx, par **W. Carson**. 226
Papillomes du pharynx chez l'enfant (Traitement des) par **Boulay** 259
Paralysie bilatérale des abducteurs (Note sur l'administration d'un anesthésique à un malade atteint de) par **O. F. F. Grünbaum**. 174
Paralysie de la corde vocale gauche, par **Fein**. 65
Paralysie faciale dans l'otite moyenne aiguë, par **W. Murray**. 146
Paralysie de la langue, du palais et du larynx, par **Falb**. . . 51
Paralysie du nerf laryngé supérieur (Contribution à la), par **Dorendorf**. 173
Paralysie récurrentielle droite complète, par **Hajek**. 48
Parotite récidivante persistant dix ans chez un enfant bien portant par **F. C. Ewing** 137
Pathologie nasale (Contribution à la), par **Sturmann**. 132
Pavillon de l'oreille (Autoplastie partielle du), par **Gavello**. . 79
Pavillon de l'oreille (Rétablissement artificiel du) par **Henning**. 39
Pemphigus, par **A. Alexander**. 129
Perception des sons élevés (Etude expérimentale sur la limite de), par **Schwendt**. 143
Périchondrite (un cas de) et de périostite aiguë de la cloison nasale, d'origine dentaire, par **Killian**. 250
Pharyngite latérale (Traitement de la), par l'électrolyse, par **J. Derenberg** 461
Pharyngomycose chez une femme, par **A. Thorne**. 221
Pharynx d'un enfant (Corps étranger demeuré huit ans dans le), par **H. L. Lack**. 183
Pharynx nasal de l'enfant (Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le), par **L. R. Regnier**. 118
Phlegmon chronique progressif (un cas de) provoqué par le diplocoque Fraenkel et secondaire à une angine, par **J. Jundell** et **F. Svenson**. 460
Phlegmon de la fosse temporale externe d'origine otique, par **Aimar Raoult**. 509

Pages
Plancher de la caisse, par **J. Rozier** 295
Polypes muqueux du nez (De la présence de blastomycètes dans les), par **Barrago-Ciarella** 239
Polypes naso-pharyngiens (Contribution à l'étude des), par **Le Nouene** 361
Polypes du nez (Pourquoi les), récidivent ? par **Cholewa** . . . 240
Polypes (107) extraits en une séance, par **H. W. Loeb** 140
Polype de l'oreille (Hémorrhagie grave après l'abation d'un), par **C. Dufour** 143
Ponction du sinus maxillaire (Une nouvelle aiguille pour la), par **Stan von Stein** 451
Porte-tampon pour le larynx (Un nouveau), par **E. Meyer** . . 456
Processus catarrhal adhésif de l'oreille moyenne (Le traitement du) par des injections intra tubaires de pilocarpine, par **Fischenich** 232
Pseudo-voix après l'extirpation totale du larynx, par **Gottstein** 265
Purpura rhumatismal et angine, par **Alf. Bruck** 184
Pyémie otitique (Un cas de), par **L. Lewy** 169
Pyémie otogène (Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la), par **Humberg** 82
Pyohémie otogène thrombo phlébitique (un cas de), par **M. Lermoyez** 16
Pyémie des sinus (Deux cas de) avec résultats rares, par **J. Keerr** 169
Respiration (La) bucco-nasale est possible, par **H. Lavrand** . . 507
Respiration imparfaite due aux végétations adénoïdes, par **M. Keown** 252
Respiration nasale (De l'emploi de l'ouvre-nez dans le cas de gêne de la), par **W. Roth** 252
Respiratoires (Troubles) par auto-intoxication chez l'enfant, par **Belloti** 177
Rétrécissement du larynx (Traitement du) par l'implantation d'un fragment de cartilage costal, par **von Mangoldt** 360
Rhinelcose (Sur trois cas de), coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle, par **P. Marie** et **G. Guillain**. 369
Rhinite fibrineuse, par **Edm. Meyer** 134
Rhinite fibrineuse (Traitement de la), **Peltesohn** 131
Rhino-pharynx (Du traitement thermal, par applications locales sur le), par **Depierris** 428
Rhinoplastie (Nouveau procédé de), par **Nélaton** 251
Rhinosclérome (Trois cas de), par **Harmer** 62
Rhodane dans les sécrétions nasale et lacrymale (De l'existence du), par **O Much** 241
Rocher (Carie du) Abcès multiples sous duraux, extra crâniens. Plusieurs interventions consécutives. Mort, par **Depage** . . . 88
Rocher (Carie du) et méningo-encéphalite suppurée, par **Buys**. 89
Rocher (Résection large du), par **Depage** 82
Rupture d'un œsophage d'apparence saine), par **Weeney** . . . 268
Sarcome mastoïdien, par **S. A. Lutz** 157
Sarcomes naso pharyngiens (Deux cas rares de), par **S. Rontaler** 245
Sclérome (100 cas de), par **Bawrowicz** 244
Sclérome des voies aériennes supérieures, par **Ebstein** 61
Sclérome des voies respiratoires (Un cas de), par **T. Majewski**. 244
Sclérome (du), en particulier dans la Prusse Orientale, par **P. H. Gerber** 243
Sinus (Relations des lésions des) et de la méningite avec l'otite moyenne suppurée, par **W. Schell** 84

Pages

Sinus carotidien (Anatomie du), par **Haike**. 538
Sinus frontaux (Développement des) dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage, par **Jacques**. 127
Sinus frontaux (énormes), par **Patel**. 543
Sourds-muets (Mariage des), par **Fay**. 146
Spasme de la glotte (Contribution au traitement du), par **Fischbein**. 360
Sténose cicatricielle de l'œsophage (L'électrolyse dans le traitement de la), par **Sletow** et **Postnikow**. 458
Sténoses fibreuses du larynx (Traitement des), **Collinet**. . . . 491
Sténoses post-diphtériques du larynx et de la trachée, par **H. Koschier**. 54
Sténose trachéale consécutive à la syphilis héréditaire par **Heindl**. 66
Sténose des voies aériennes supérieures (Un cas de), par **Koschier**. 64
Sténoses de la trachée (Des), par **Frankenberger**. 359
Stérilisateur électrique pour les instruments de petite chirurgie et en particulier pour les instruments du larynx, du nez et des oreilles, par **Hecht**. 178
Suppuration de l'antre avec distension considérable de la paroi interne, par **H. Tilley**. 222
Suppuration multiple des sinus de la face et des polypes du nez (Un cas de cure radicale de), par **Scanes Spicer**. 344
Suppurations du nez et de ses sinus (Etiologie et thérapeutique des) : importance du régime et de l'hygiène, par **C Ziem**. 451
Suppurations chroniques de l'oreille (Examen microscopique dans les), par **Snydacker**. 445
Surdi-mutité (L'origine et la cause de la), par **F. Danziger**. . 228
Surdité (Débuts de la), par **Castex**. 522
Surdité et diplégie faciale par fracture double des rochers, par **M. Lannois** et **P. Vacher** 387
Surdité chronique (Traitement thyroïdien de la), par **A. Bruck**. 146
Syphilis de l'amygdale linguale, par **J. Keller**. 182
Syphilis acquise du nez et du pharynx (Note sur la) par **C. A. Parker**. 363
Syphilis tardive du larynx chez l'enfant (Sur la), par **Röhr**. . 134
Temporal (Série de cas de suppurations de l'os), par **Iwan Burnett**. 146
Temporal d'un sourd-muet, par **Schwabach**. 536
Ternissement du miroir laryngé (Solution de lysol pour empêcher le), par **Ruprecht**. 456
Thrombo-phlébite du sinus latéral droit (Un cas de). Opération. Mort, par **F. Furet**. 408
Thrombo-phlébite du sinus latéral (Sur un cas de). Ligature de la jugulaire. Curetage du sinus. Guérison, par **Collinet**. . . 526
Thrombo phlébite du sinus longitudinal supérieur dans les sinusites frontales, par **Killian**. 542
Thrombose du golfe de la jugulaire, par **Stenger**. 447
Thrombose otogène directe du bulbe de la jugulaire sans thrombose du sinus transverse, par **Schmitz**. 150
Thrombose des sinus (Un cas de) par **A. R. Baker**. 85
Toux de compression, son importance pour le diagnostic des rétrécissements des bronches (Adénopathies et tumeurs du médiastin), par **J. Garel**. 201
Trachée (Cas intéressant de corps étranger de la), par **P. F. Eve**. 179
Trachéocèle, par **J. Park West**. 259

Pages

Traumatisme du nez par une arme à feu, par **Chiari**. 67
Traumatisme du nez par une arme à feu, par **Heindl**. 66
Trompe d'Eustache (Dilatation électrolytique de la), par **A. Duel**. 145
Trompe d'Eustache (L'électrolyse dans les rétrécissements de la par **A. Kenefick** 156
Troubles digestifs (Introduction à l'étude des), liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx, par **F. Landolt**. 347
Tuberculome géant des fosses nasales, par **F. Rueda**. 542
Tuberculoses laryngées (Etude des formes cliniques de) au point de vue du pronostic et essai de traitement, par **J. Aris y Garcia**. 142
Tuberculose du larynx, par **F. G. Powell**. 220
Tuberculose primitive du larynx, par **M. A. Goldstein**. . . . 138
Tuberculose primitive de l'oreille, **M. A. Goldstein**. 138
Tumeur calcifiée de l'oreille moyenne, par **C. Braislin**. . . . 445
Tumeurs de la cloison du nez à l'exception des néoplasmes malins, par **Hasslauer**. 241
Tumeur fibreuse (Sur un cas de), développée sur la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite consécutivement à un décollement traumatique sous cutané, sans plaie, de la peau de cette région, par **Chavasse**. 511
Tumeurs malignes (Sur l'étiologie des), par **Ziem**. 157
Tumeurs malignes de l'éthmoïde, par **E. J. Moure**. 503
Tumeur pédiculée, par **P. Heymann**. 133
Tumeurs polypoïdes du nez, par **Koschier**. 64
Tumeur rare du larynx (Examen microscopique de la), par **Lambert Lack**. 226
Tumeur rare de la paroi postérieure du larynx, par **Lambert Lack**. 223
Tumeur tuberculeuse de la cloison, par **J. Molinié**. 508
Tympan (De la psychophysiologie de la corde du), par **P. Kietsow et Nadoleczny**. 71
Ulcération tuberculeuse très étendue de la cavité du nez chez une femme tuberculeuse de 21 ans, par **A. Santi**. 346
Vallécules et sinus pyriformes (Variétés et anomalies des), par **A. Rosemberg**. 179
Verrue hémorrhagique de l'oreille guérie par un remède populaire (urine), par **F. Mosbacher** 72
Vertèbres proéminentes dans le naso-pharynx, par **C. Magenan**. 242
Vertige d'origine nasale, par **Collet**. 97
Vertiges et ictus laryngés (10 cas), par **Moncorgé**. 422
Voix (Physiologie de la), par **W. Scheppegrell**. 139
Voix (Sur l'application du phonographe à la pathologie et à la thérapeutique de la voix), par **Th. H. Flatan** 93
Vomissements presque incoercibles liés à la rhinopharyngite et aux végétations adénoïdes, par **Breton**. 249
Xérose (Présence du bacille de la (dans le phlegmon diffus, l'infection secondaire des plaies et l'otite interne, par **Warnecke**. 164

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie BUSSIÈRE

